

UNIVERSIDADE DO PORTO
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

SUBSÍDIOS PARA O ESTUDO DA GRAVIDEZ E DA MATERNIDADE EM ADOLESCENTES

Análise comparativa numa perspectiva ecológica de mães adolescentes com
adolescentes sem história de gravidez em duas freguesias do Porto

Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Educação da Criança - Intervenção Precoce.

Maria Catarina Leite Rodrigues Grande

PORTO
1997

UNIVERSIDADE DO PORTO
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

SUBSÍDIOS PARA O ESTUDO DA GRAVIDEZ E DA MATERNIDADE EM ADOLESCENTES

Análise comparativa numa perspectiva ecológica de mães adolescentes com
adolescentes sem história de gravidez em duas freguesias do Porto

Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Educação da Criança - Intervenção Precoce.

Orientação do Senhor Professor Doutor Joaquim Bairrão da Faculdade de Psicologia e de Ciências da
Educação da Universidade do Porto.

76-211

Maria Catarina Leite Rodrigues Grande

UNIVERSIDADE DO PORTO
Faculdade de Psicologia
e de Ciências da Educação
N.º de Entrada 9463
Data 98/05/21

PORTO
1997

RESUMO

Reconhecendo que a gravidez e a maternidade na adolescência são fenómenos que envolvem condicionantes e consequências individuais, familiares e sociais, estudou-se essa problemática, em duas freguesias do Porto, dentro de uma perspectiva ecológica.

O estudo tem por objectivo a comparação de variáveis individuais, familiares e sociais de 71 adolescentes e jovens da mesma zona de residência, utentes do Centro de Saúde de Aldoar (27 das quais foram mães durante a adolescência) e com idades compreendidas entre os 14 e os 21 anos. A recolha de dados realizou-se através de entrevistas individuais estruturadas e utilizaram-se ainda vários instrumentos de pesquisa. Foi utilizado também um questionário que avaliava os seguintes aspectos: sócio-demográficos, história escolar, vida sexual, habitação rendimento familiar, situação de gravidez e maternidade. Utilizaram-se também a Escala I-E de Rotter (1966), a Escala de Locus de Controlo e Atribuição de Responsabilidades de Brewin (1981), a Escala de Auto-conceito para Adolescentes de Harter (1988), o Brief Symptom Inventory de Derogatis - BSI - (1982), a Escala de Atitudes sobre a Gravidez e Maternidade de Xavier & Paúl (1996) e a Escala de Recursos para Mães Adolescentes de Dunst, Leet, Vance & Cooper (1986).

Pode concluir-se assim, que diferentes variáveis individuais, familiares e sociais distinguem o grupo das adolescentes com história de gravidez das adolescentes sem história de gravidez, nomeadamente: início da vida sexual, estado civil, habilitações literárias da adolescente e dos pais, tipo e condições de habitação, nível sócio-económico e informação sobre planeamento familiar. Verificou-se que: 1) as mães adolescentes eram sexualmente activas em média a partir dos 16 anos de idade e que apenas um pequeno grupo das adolescentes é sexualmente activo, em média a partir da mesma idade; 2) a existência de variabilidade conjugal no grupo de mães adolescentes, antes e depois da gravidez, enquanto que no grupo das adolescentes, estas são solteiras; 3) as mães adolescentes completaram menos anos de escolaridade, tendo como habilitação académica média o 2º ciclo do ensino básico; 4) as variáveis familiares, maior número de irmãos e posição mais elevada na fratria, parecem influenciar a ocorrência de gravidez na

adolescência; 5) a família da grávida e da mãe adolescente tem menos recursos económicos, um nível inferior de escolaridade, actividades profissionais menos diferenciadas, o que poderá estar ligado com a habitação de tipo social e mais degradada e ainda com um maior número de coabitantes; 6) o grupo das adolescentes está melhor informado relativamente aos métodos de contracepção e às consultas de planeamento familiar.

As mães adolescentes distinguem-se ainda das adolescentes, da mesma idade, nos seguintes aspectos: menor atribuição da responsabilidade nos resultados negativos, maior importância em termos de auto-conceito atribuída ao domínio comportamento, maior ansiedade e somatização; não se encontraram diferenças significativas no locus de controlo e no auto-conceito.

Salienta-se, ainda, na prevenção da gravidez não desejada na adolescência, a importância e a necessidade de envolver a família, a escola, o Centro de Saúde e de fomentar políticas de saúde e de planeamento familiar mais adequadas tendo em conta as constatações deste estudo. Sugere-se também a necessidade de estudar a problemática da criança, filha de adolescentes, sobretudo o estudo da interacção mãe adolescente-filho, tendo em vista as prováveis alterações dessa relação.

ABSTRACT

Since pregnancy and maternity in adolescent girls are phenomena modulated by individual, familiar and social parameters, we have decided to study these problems in two parishes of Porto with an ecologic perspective.

The study aims at the comparison of individual, familiar and social variables of 71 adolescent girls and young women. All of them had the same area of residence and attended the same Health Centre ("Centro de Saúde de Aldoar"), 27 of these females were adolescent mothers, and their ages were in between 14 and 21 years. The data were obtained through structured individual interviews and several research tools were used. A questionnaire was applied to evaluate the following characteristics: social and demographic indicators, school and sexual histories, housing and financial resources of the family aggregate, pregnancy and maternity features. Rotter's I-E Scale (1966), Scale of Locus of Control and Responsibility Granting of Brewin (1981), Harter's Adolescent Self-esteem Scale (1988), Derogatis' Brief Symptom Inventory - BSI - (1982), Scale of Attitudes towards Pregnancy and Maternity of Paul & Xavier (1996), Scale of Resources of Adolescent Mothers of Dunst, Leet, Vance & Cooper (1986).

It can be concluded that different individual, familiar and social variables distinguish the group of young females with history of adolescent pregnancy from those with no history of pregnancy, namely with regards to: age when sexual activity began, marital status, degree of education of the female and their parents, type and features of housing, social-economic level and information about family planning. It was found that: 1) adolescent mothers were sexually active on average since they were 16 years old and that just a small group of adolescent girls in general is sexually active at the same age; 2) there is a variety of marital status in the group of adolescent mothers, before and after pregnancy, in contrast with the other adolescent girls that remained single; 3) adolescent mothers are less educated having completed on average just the second year of basic education; 4) the familiar variables represented by larger number of brothers and higher age position among brothers appear to modulate the occurrence of adolescent pregnancy; 5) the family of the adolescent mother or pregnant girl have lower financial

resources, lower education, and less differentiated professional abilities, and these features may be associated with low quality of housing and higher number of persons living in the same house; 6) the group of adolescent girls that were never pregnant is better informed about anticonceptional methods and about available family planning council.

Adolescent mothers are distinct from other adolescent girls of the same age with regards to the following features: lower responsibility with regards to negative achievements, higher importance given to self-esteem derived from behaviour, higher degree of anxiety and somatization of psychologic disturbances; no significant differences were found in the locus of control and self-esteem.

The study underlines the need of a greater involvement of family, school and Health Centre in promoting health and family planning policies capable of preventing pregnancy in adolescent girls. It also suggests the need to study children born to adolescent mothers, mainly with regards to mother-child interaction which, taking into account the data of this investigation, may be different from that of children of adult mothers.

RÉSUMÉ

Nous avons étudié dans deux paroisses du Porto et dans une perspective écologique les phénomènes de la grossesse et de la maternité chez l'adolescence, reconnaissant que des limitations et conséquences individuelles, familiales et sociales y sont associées.

Cette étude envisage la comparaison de variables individuelles, familiales et sociales de 71 adolescentes et jeunes filles du même arrondissement qui attendent au dispensaire d'Aldoar (dont 27 ont devenu mères pendant l'adolescence), âgées entre 14 et 21 ans. La prise des données a été faite à travers d'interviews individuelles et nous avons utilisé des instruments de recherche divers. Nous avons aussi utilisé un questionnaire pour évaluer les aspects socio-démographiques, la vie scolaire et la vie sexuelle, le type d'habitation et le revenu familial, la situation de grossesse et maternité. Nous avons utilisé aussi les Échelles I-E, de Rotter (1966), l'Échelle de Locus de Contrôle et d'Attribution de Responsabilités de Brewin (1981), l'Échelle de Harter d'Auto-Estime pour les Adolescents (1988), le Brief Symptom Inventory de Derogatis - BSI - (1982), l'Échelle des Attitudes vers la Grossesse et la Maternité de Paúl et Xavier (1996) et l'Échelle de Recours pour Mères Adolescentes de Dunst, Leet, Vance & Cooper (1986).

Nous pouvons conclure que des variables différentes, individuelles, familiales et sociales constituent des facteurs qui font la distinction parmi le groupe des adolescentes avec une histoire de grossesse et les autres adolescentes, nommément en ce qui concerne le début de la vie sexuelle, l'état civil, le niveau de connaissance, l'éducation de la jeune fille et ses de parents, le type et condition d'habitation, le niveau socio-économique et le type d'information sur la planification familiale. Nous avons observé que 1) la mère adolescente était, en moyenne, sexuellement active depuis 16 ans et que seulement un petit groupe des adolescentes est, en moyenne, sexuellement actif à cet âge-là; 2) l'existence de variabilité conjugale dans le groupe de mères adolescentes, avant et après la grossesse, tandis que chez le groupe d'adolescentes celles-ci ne sont pas mariées; 3) les mères adolescentes ont peu d'instruction ayant, en moyenne, comme connaissances littéraires le deuxième année du cycle basique; 4) les variables familiales, un nombre d'enfants plus élevé, occupent une position plus haute ce qu'il semble aussi influencer

l'occurrence de la grossesse chez les adolescentes; 5) la famille de l'adolescente enceinte et de la mère adolescente ont de faibles ressources économiques, un niveau de scolarité inférieur, des activités professionnelles moins spécialisées ce qui pourra être lié au logement du type social et plus dégradé et aussi un plus grand nombre de co-habitants; 6) le groupe des adolescentes est meilleur informé sur les moyens et les méthodes de contraception et sur la consultation de planification familiale.

Les mères adolescentes sont différentes des adolescentes du même âge dans les aspects suivants: une attribution de responsabilité moins considérable dans les résultats négatifs, une plus grande importance en ce qui concerne l'auto-estime en termes de conduite et une angoisse et somatisation majeures; nous n'avons pas trouvé de différences significatives dans le locus de contrôle et dans l'auto-estime.

Nous rapportons aussi dans la prévention de la grossesse involontaire dans l'adolescence l'importance et le besoin d'y prendre part la famille, l'école, le dispensaire et des politiques de santé et planification familiale plus convenables, ayant en considération les conclusions de ce travail. Nous suggérons aussi la nécessité d'étudier les problèmes de l'enfant, né d'une mère adolescente, surtout leur interaction envisageant les altérations qui peuvent résulter de cette relation.

AGRADECIMENTOS

A realização do presente trabalho só foi possível pela colaboração, apoio e empenho de todos os que contribuíram para a sua concretização.

Expresso o meu reconhecimento ao Prof. Dr. Joaquim Bairrão pela orientação desta dissertação, pelo estímulo, interesse e disponibilidade e pelo o que pude aprender nas suas aulas.

A todos os profissionais que possibilitaram o estudo exploratório, nomeadamente à Dra. Ana Aroso do Hospital de Matosinhos, à Dra. Gabriela Moita da Associação para o Planeamento da Família - Delegação do Porto, à Dra. Helena Costa do Centro de Saúde Rainha D. Amélia e à Dra. Dulce Guimarães do Centro Social da Pasteleira, agradeço o apoio sempre prestado.

Apresento ainda o meu agradecimento à Prof.^a Dra. Margarida Alves Martins do Instituto Superior de Psicologia Aplicada, à Dra. M.^a Raúl Lobo Xavier e à Prof.^a Dra. Constança Paúl do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar e à Dra. Cristina Canavarro da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, pela colaboração e autorização em utilizar as suas escalas neste estudo.

Agradeço ao Centro de Saúde de Aldoar, em particular à Directora Dra. M.^a do Anjos Reis Lima a possibilidade de realização desta dissertação. Agradeço também o apoio incansável dos diferentes profissionais: Dra. Elisabeth Fontes, Dra. Ana Gonçalves, Dra. Fernanda Casanova, Dra. M.^a João Tenente, Dra. Helena Sacchetti, Dra. Ercília Ramos, Dra. Clementina Quelhas, Dra. Salomite Domingues, Dr. Daniel Furtado Silva, Dra. Inês Viegas, Dra. Rosa Maria Pimenta, Dra. M.^a de Fátima Aguiar, Dra. M.^a Amélia Moreira, Dra. Dulcília Vieira, Dra. M.^a de Fátima Batista, Dra. Manuela Delgado, Dra. Ana M.^a Coelho, Dra. Luísa Barbosa, Dra. Cristina Sousa, Dra. Cândida Fernandes, Dra. M.^a Filomena Brito, Dra. Alcina Maia, Dr. Dilermando Sobral, Dra. Carmelina Dias, Dra. Lucília Mairos, Dra. Jeni Marques, Dr. Alberto Bento, Enf. Manuela Botelho, Enf. Estrela Afonso, Enf. Rosa Barbosa, Sr. Alberto Teixeira, D. Manuela Terra, D. Fernanda Cunha, D. M.^a da Conceição Pinheiro.

À D. M.^a Helena Pinto, muito grata pela disponibilidade e empenho ao longo da realização deste trabalho e, particularmente na colaboração incessante no contacto estabelecido com as adolescentes e jovens do Centro de Saúde de Aldoar.

À Prof.^a Dra. Corália Vicente do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, o meu agradecimento pelo empenho e pela orientação no tratamento estatístico dos resultados.

Ao Eng. José Manuel Cabral agradeço a colaboração prestada a nível informático.

Aos meus amigos e colegas o meu agradecimento pelo apoio dado, e em particular à Dra. Isabel Sá Lemos, à Dra. Manuela Pessanha e à Dra. Virgínia Magalhães, pela troca de experiências e entusiasmo manifestado.

Às adolescentes e jovens que ao longo deste trabalho permitiram registar os seus testemunhos e deste modo concretizar este estudo, o meu maior agradecimento.

Agradeço ainda à minha família e, em especial, aos meus pais, presente em todos os momentos e cujo estímulo e apoio são imprescindíveis.

Por fim, agradeço ao Pedro o carinho e o incentivo durante a realização deste Mestrado e desta dissertação.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1. Adolescência.....	5
1.1 Evolução do conceito adolescência.....	5
1.2 Definição e enquadramento da adolescência.....	8
1.3 Pressões da adolescência.....	9
1.4 As respostas da adolescência.....	10
2. A gravidez e a maternidade na adolescência.....	19
2.1 Antecedentes da relação sexual do adolescente.....	21
2.2 Gravidez e Maternidade na adolescência.....	26
2.2.1 Nível individual.....	28
2.2.2 Nível familiar.....	32
2.2.3 Nível Social.....	33
2.3 Resposta à gravidez na adolescência.....	35
2.3.1 Interrupção da gravidez.....	36
2.3.2 Casamento.....	36
2.3.3 Entrega para adopção.....	37
2.3.4 Maternidade.....	38
2.3.4.1 Consequências para a mãe.....	38
2.3.4.2 Consequências para a criança.....	42
3. Abordagem ecológica.....	46
ESTUDO EMPÍRICO	
4. Contributos para a caracterização da maternidade na adolescência em Portugal.....	59
4.1 Indicadores Nacionais.....	59
4.2 Estudo Exploratório.....	68
5. Estudo Empírico.....	74
5.1 Objectivo geral e método.....	74
5.1.1 Caracterização da Amostra.....	75
5.1.1.1 Critérios de Amostragem.....	75
5.1.1.2 Caracterização sócio-geográfica da área estudada.....	77
5.1.1.3 Caracterização do Centro de Saúde de Aldoar.....	82
5.1.1.4 Amostra.....	83
5.1.2 Instrumentos.....	85
5.1.2.1 Guião de entrevista.....	85
5.1.2.2 Escalas.....	87

6. Apresentação e análise dos resultados.....97

6.1 Resultados obtidos nas variáveis do grupo de adolescentes com gravidez..... 103

6.2 Resultados obtidos nas variáveis do grupo de adolescentes e jovens com história de maternidade..... 125

6.2.1 Comparação dos resultados obtidos nas variáveis nos dois grupos: 125

6.2.2 Estudo das características específicas à condição de gravidez e de maternidade..... 148

7. Discussão dos resultados 179

CONCLUSÕES 198

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 201

ANEXOS 225

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 3-1 - Modelo ecológico de organização de variáveis na gravidez e na maternidade na adolescência.....	56
Figura 4-1 - Portugal - Nados-vivos segundo a Ordem de Nascimento, 1981-1995 (INE/GE,1995)	60
Figura 6-1 - Grupo de Adolescentes: A. 33 adolescentes ente os 14 e os 19 anos; B. 31 adolescentes e jovens entre os 17 e os 21 anos ..	97
Figura 6-2 - Estado civil (antes da gravidez)	103
Figura 6-3 - Habilitação académica por ciclos.....	104
Figura 6-4 - Agregado familiar (antes da gravidez).....	106
Figura 6-5 - Agregado familiar das Adolescentes	106
Figura 6-6 - Agregado familiar.....	107
Figura 6-7 - Número de irmãos	107
Figura 6-8 - Lugar na fratria.....	108
Figura 6-9 - Habilitações da mãe da adolescente	109
Figura 6-10 - Habilitações do pai da adolescente	110
Figura 6-11 - Estatuto sócio-económico.....	113
Figura 6-12 - Habitação do agregado familiar	114
Figura 6-13 - Habitação.....	114
Figura 6-14 - Tipologia da habitação.....	115
Figura 6-15 - Número de coabitantes	116
Figura 6-16 - Abandono escolar	117
Figura 6-17 - Situação profissional	118
Figura 6-18 - Conhecimento da contracepção.....	119
Figura 6-19 - Idade do companheiro/marido/namorado	122
Figura 6-20 - Modelo ecológico de organização de variáveis na gravidez e na maternidade na adolescência.....	124
Figura 6-21 - Estado civil (actual)	125
Figura 6-22 - Habilitação académica por ciclos.....	126
Figura 6-23 - Agregado familiar (depois da gravidez).....	132
Figura 6-24 - Agregado familiar das Adolescentes	133
Figura 6-25 - Habilitações da mãe da adolescente.....	134
Figura 6-26 - Habilitações do pai da adolescente	134
Figura 6-27 - Estatuto sócio-económico.....	136
Figura 6-28 - Habitação do agregado familiar	138
Figura 6-29 - Tipologia da habitação	139
Figura 6-30 - Número de coabitantes	140
Figura 6-31 - Abandono escolar para o grupo Mãe Adolescente.....	140
Figura 6-32 - Abandono escolar para o grupo Adolescente.....	141
Figura 6-33 - Idade do companheiro/marido/namorado	145
Figura 6-34 - Atitudes sobre a gravidez e a maternidade.....	148
Figura 6-35 - Modelo ecológico de organização de variáveis na gravidez e na maternidade na adolescência.....	178

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1-1 - Número de suicídios/ano, desde 1986-1990, nas classes etárias 10-14 anos; 15-19 anos; 20-24 anos, em Portugal, por sexos (H- Homens; M - Mulheres). (In Sampaio (1992), pág. 39).....	14
Tabela 4-1 - Portugal - Taxas de Fecundidade (%), 1981-1995 (INE/GE,1995).....	59
Tabela 4-2 - Portugal - Evolução dos Casamentos e Divórcios, 1991-1996 (INE/GE,1996).....	61
Tabela 4-3 - Portugal - Percentagem de Mães Adolescentes, 1970-1995 (INE/GE,1995)	61
Tabela 4-4 - Nados-vivos por instrução da mãe (INE/GE, 1995 e 1996).....	62
Tabela 4-5 - Nados-vivos por condição perante o trabalho da mãe (INE/GE).....	63
Tabela 4-6 - Dados referentes ao estatuto matrimonial em 1995	70
Tabela 4-7 - Dados referentes às habilitações académicas em 1995	70
Tabela 4-8 - Dados referentes à situação profissional em 1995	70
Tabela 4-9 - Dados referentes ao tipo de habitação em 1995	70
Tabela 4-10 - Características individuais da adolescente	72
Tabela 4-11 - Características relativas à sexualidade e gravidez	72
Tabela 4-12 - Características relativas ao pai da criança.....	72
Tabela 4-13 - Características relativas aos pais e à família da adolescente.....	72
Tabela 4-14 - Características relativas à habitação.....	73
Tabela 5-15 - Número de jovens por grupo e por unidade de saúde	77
Tabela 5-1 - População (INE - 1991)	79
Tabela 5-2 - Utentes inscritos - (Serviço de Planeamento e de Controlo do Centro de saúde de Aldoar).....	82
Tabela 5-3 - Número e percentagem de grávidas adolescentes, 1991-1996 - (Serviço de Planeamento e de Controlo do Centro de saúde de Aldoar).....	83
Tabela 5-4 - Número de jovens por grupo e por unidade de saúde	83
Tabela 6-1 - Intervalos de Idade na gravidez	98
Tabela 6-2 - Média de Idade.....	98
Tabela 6-3 - Intervalos de Idade (actualmente).....	98
Tabela 6-4 - Média de Idade.....	99
Tabela 6-5 - Variáveis estudadas na idade da gravidez	100
Tabela 6-6 - Variáveis estudadas na idade actual (maternidade)	101
Tabela 6-7- Estado civil.....	103
Tabela 6-8 - Habilitações académicas - nº de anos de escolaridade	104
Tabela 6-9 - Características da Vida Sexual	105
Tabela 6-10 - Habilitações académicas das mães - nº de anos de escolaridade.....	109
Tabela 6-11 - Habilitações académicas do pai - nº de anos de escolaridade	110
Tabela 6-12 - Idade da Mãe.....	111
Tabela 6-13 - Problemáticas familiares.....	111
Tabela 6-14 - Estatuto sócio-económico	112
Tabela 6-15 - Motivos do abandono escolar	116
Tabela 6-16 - Actividade profissional antes da gravidez para o grupo de Mães Adolescentes.....	117
Tabela 6-17 - Actividade profissional para o grupo de Adolescentes.....	118
Tabela 6-18 - Contracepção	119
Tabela 6-19 - Principal fonte da informação sobre a contracepção.....	120
Tabela 6-20 - Planeamento familiar	120

Tabela 6-21 - Habilitações Académicas do companheiro/marido/namorado.....	121
Tabela 6-22 - Resultados obtidos nas variáveis estudadas na idade da gravidez.....	123
Tabela 6-23 - Habilitações académicas - nº de anos de escolaridade.....	126
Tabela 6-24 - Características da Vida Sexual.....	127
Tabela 6-25 - Locus de controlo.....	127
Tabela 6-26 - Atribuição de responsabilidade pelos resultados negativos.....	128
Tabela 6-27 - Atribuição de responsabilidade pelos resultados positivos.....	128
Tabela 6-28 - Auto-percepção de diferentes domínios do auto-conceito.....	129
Tabela 6-29 - Importância atribuída aos diferentes domínios do auto-conceito.....	129
Tabela 6-30 - Importância atribuída para o domínio - Comportamento.....	130
Tabela 6-31 - Dimensões de sintomatologia.....	130
Tabela 6-32 - Dimensão - Ansiedade fóbica.....	131
Tabela 6-33 - Dimensão - Somatização.....	131
Tabela 6-34 - Índice de Sintomas Positivos.....	131
Tabela 6-35 - Habilitações académicas da mãe.....	133
Tabela 6-36 - Idade da mãe.....	135
Tabela 6-37 - Estatuto sócio-económico.....	136
Tabela 6-38 - Rendimento familiar médio por coabitante.....	137
Tabela 6-39 - Habitação do agregado familiar.....	138
Tabela 6-40 - Motivos do abandono escolar.....	141
Tabela 6-41 - Actividade profissional para o grupo de Mães Adolescentes.....	142
Tabela 6-42 - Actividade profissional para o grupo de Adolescentes.....	143
Tabela 6-43 - Contracepção.....	143
Tabela 6-44 - Principal fonte da informação sobre a contracepção.....	144
Tabela 6-45 - Planeamento familiar.....	144
Tabela 6-46 - Habilitações académicas do companheiro/marido/namorado - nº de anos de escolaridade.....	145
Tabela 6-47 - Resultados obtidos nas variáveis estudadas na idade actual (maternidade).....	146
Tabela 6-48 - Variáveis estudadas na idade actual (maternidade) - continuação.....	147
Tabela 6-49 - Factor 1 - Gravidez como factor de mudança/crescimento.....	149
Tabela 6-50 - Factor 2 - O bebé “imaginado”.....	149
Tabela 6-51 - Factor 3 - “Boa mãe”.....	150
Tabela 6-52 - Factor 4 - Aspectos difíceis da gravidez/maternidade.....	150
Tabela 6-53 - Recursos adequados.....	151
Tabela 6-54 - Características analisadas na gravidez.....	166
Tabela 6-55 - Características analisadas na maternidade.....	177

LISTA DE SIGLAS E DE ABREVIATURAS

BSI	-	Brief Symptom Inventory
CTT	-	Correios, Telégrafos e Telecomunicações - Correios de Portugal
IGS	-	Índice Geral de Sintomas
INE	-	Instituto Nacional de Estatística
INE/GE	-	Instituto Nacional de Estatística/Gabinete de Estudos
ISF	-	Índice Sintético de Fecundidade
ISP	-	Índice de Sintomas Positivos
IVG	-	Interrupção Voluntária da Gravidez
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
SIDA	-	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
TSP	-	Total de Sintomas Positivos
α	-	Nível de significância
χ^2	-	Qui-quadrado
Chap.	-	Chapter
cont.	-	Continuação
d.p.	-	Desvio padrão
Eds.	-	Editora
et al.	-	et alii
F	-	Estatística de teste
f	-	Frequência
g.l.	-	Graus de liberdade
p	-	Valor de prova
pág.	-	Página
pp.	-	Página
t	-	Estatística de teste
Vol.	-	Volume

INTRODUÇÃO

A gravidez e a maternidade na adolescência rodeiam-se de circunstâncias pessoais, individuais e sociais que condicionam o comportamento da adolescente. De facto, as questões relacionadas com a sexualidade na adolescência devem ser estudadas, tendo em conta as interações de características individuais, os ambientes e os aspectos específicos da experiência de cada um (Franklin, 1988). O elevado crescimento do número de adolescentes que iniciam a vida sexual precocemente e o número das adolescentes que se tornam mães justifica a crescente preocupação sobre este problema. Hoje, ser mãe adolescente é quase sinónimo de ser mãe solteira¹. Na realidade, a maioria das gravidezes resulta de uma actividade sexual não planeada antes do casamento. As consequências da gravidez incidem sobre a permanência na escola, sobre a autonomia económica e sobre a relação na família. Assim, por estas razões sócio-económicas, a maternidade na adolescência pode ser definida como uma ocorrência “fora do tempo”, em contraste com épocas anteriores em que casar e ser mãe era normal durante a adolescência.

Nos países ocidentais, as taxas mais elevadas de gravidez na adolescência referem-se aos EUA (Hanson, 1990; Musick, 1993, Prater, 1995). Os adolescentes europeus parecem ter, em relação aos norte-americanos, mais informação sobre a actividade sexual e sobre o planeamento familiar (Brooks-Gunn & Chase-Lansdale, 1995).

Em Portugal, verificou-se, entre 1970 e 1980, um aumento crescente na percentagem de mães com idade inferior a 20 anos, atingindo-se nessa altura 11,3% (Silva, 1992). As medidas tomadas desde então podem ter contribuído para a diminuição desta percentagem que em 1995 foi de 7,6%. Entre essas medidas inclui-se o direito à educação sexual e o acesso ao planeamento familiar, realizado em consultas implementadas em todos os Centros e Postos de Saúde (Lei n.º 3/84 de 24 de Março). Em 1985, aparecem os primeiros Centros de Atendimento a Jovens pela especificidade

¹ A percentagem de nascimentos fora do casamento tem aumentado significativamente no nosso país. (Estatísticas Demográficas, I.N.E., 1996.)

dos problemas que dizem respeito a este grupo etário (Portaria n.º 52/85 de 26 de Janeiro). A implementação das medidas de saúde incluídas nestas decisões legais vieram confirmar que a gravidez na adolescência, em Portugal, como noutros países, não é um problema exclusivamente médico, mas inclui também condicionantes de outra natureza.

Apercebemo-nos que essas condicionantes são pessoais, familiares e sociais. As condicionantes pessoais são de natureza biológica e psicológica. O desenvolvimento pubertal e a actividade sexual precoce são factores determinantes na possibilidade de ocorrência de gravidez (Miller & Moore, 1990). O desenvolvimento cognitivo e emocional da adolescente podem justificar o sentimento de invulnerabilidade em situações de risco, muitas vezes não associando as consequências às acções em que estão implicados. Parecem ser condicionantes familiares as características dos pais, a interacção pais-adolescente, a estrutura, as atitudes, os valores e as normas familiares. A interacção destas condicionantes ou variáveis com as individuais vão ser potencializadas pelas condicionantes sócio-económicas e culturais que afectam o dia a dia da adolescente e actuam significativamente sem a sua participação directa. A actividade profissional dos pais, as convicções religiosas, as políticas de desenvolvimento económico, de educação e de saúde, a habitação e a comunidade local podem ter influência no comportamento da adolescente.

Perante estas circunstâncias decidimos realizar uma investigação para caracterizar a gravidez e a maternidade de adolescentes de uma zona da área metropolitana do Porto. A multiplicidade de factores que interagem entre si nesta problemática tornou necessário contextualizar o comportamento da adolescente nos ambientes familiar, escolar e social, para assim conhecermos alguns aspectos ecológicos da gravidez e da maternidade na adolescência.

Em face destas considerações procuramos equacionar alguns problemas que resultam da leitura prévia de estudos sobre a gravidez e a maternidade na adolescência:

- Será que existem diferenças entre Mães Adolescentes e “adolescentes não mães” nas variáveis individuais, familiares e sociais?
- Como se organizam essas variáveis nestes dois grupos contrastados?

- Será que a mãe adolescente tem características específicas a nível comportamental, familiar e social?
- Poder-se-á, no contexto deste trabalho, falar de uma ecologia da grávida e da mãe adolescente?

Para tentar dar resposta a estas questões, para além de uma revisão de literatura, propusemo-nos também realizar uma investigação pessoal, sempre que possível com dados empíricos. Tal percurso foi objecto do presente trabalho.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Realizamos a revisão bibliográfica, de forma a poder concretizar uma orientação para o nosso trabalho empírico. Deste modo, era indispensável definir à partida a adolescência e potenciais problemáticas relacionadas com este grupo etário.

A apresentação dos estudos far-se-á segundo a metodologia enunciada na **Introdução**, partindo do individual para o social e apontando a interacção de algumas variáveis na gravidez e maternidade na adolescência.

1. Adolescência

A adolescência é uma condicionante comum a todos os aspectos do presente trabalho. Por isso, importa discutir o conceito de adolescência pelas implicações de natureza sócio-cultural que encerra.

1.1 Evolução do conceito adolescência

Definir adolescência tem sido uma tarefa complicada como consequência da observação das modificações das características dos indivíduos e dos comportamentos nos diferentes contextos ao longo da história da cultura. Assim, para definir a adolescência é necessário compreender como este conceito evoluiu segundo as teorias prevaletes em cada época da história ².

Já a filosofia grega se interessou pelas características do desenvolvimento humano. Segundo a teoria de Platão, todo o indivíduo tem duas entidades distintas e independentes, o corpo e a alma. Era pois necessário ensinar as disciplinas práticas que levassem a “desconfiar” dos sentidos e educar a criança para “uma visão da alma”. Platão acreditava num processo de desenvolvimento gradual e contínuo da razão (Freire, 1954).

Aristóteles, por seu lado, rejeitava a posição do dualismo alma/corpo de Platão e fazia apelo à aprendizagem do mundo das coisas que, através da abstracção, atingiria o conhecimento. Este filósofo grego compreendia o desenvolvimento de forma descontínua, estabelecendo estádios de complexidade progressiva. Assim, convencionou ser a “Infância” o período entre os 0 e os 7 anos, no qual as funções de alimentação e de imitação são dominantes. O período entre os 7 e os 14 anos, em que as funções dominantes são as sensoriais, as perceptivas e as locomotoras caracterizavam o que este filósofo chamou de “Meninice”. Aristóteles distinguiu um período compreendido entre os 14 e 21 anos, que designou por “Jovem Adulto”, no qual surgiam as funções do tipo humano (Châtelet, 1978).

² Para o estudo do conceito “adolescência”, do ponto de vista ecológico, consultamos a obra de Garbarino (1985)

A tradição Cristã manteve o pensamento aristotélico de desenvolvimento humano, embora no séc. XVI Calvino tenha introduzido o conceito de mente e de alma pré-formadas ao nascer, que transportando um pecado original, justificavam ser natural a impureza de carácter da criança. O desenvolvimento resultaria assim, do processo de maturação física, atingindo-se gradualmente a dimensão adulta (Garbarino, 1985).

No séc. XVII, contudo, Locke pensava que o indivíduo não está pré-determinado para o bem e para o mal, mas que as condições do meio determinavam o seu desenvolvimento. Locke afirmava que o indivíduo é a soma total de experiências prévias.

Rousseau, no séc. XVIII, considera a evolução filogenética para definir os estádios do desenvolvimento humano. Propôs um estágio do tipo “animal”, dos 0 aos 5 anos, onde o prazer e a dor são as experiências predominantes; um estágio “selvagem”, dos 5 aos 12 anos, onde a experiência resulta da aplicação dos cinco sentidos. Num estágio de desenvolvimento mais avançado aparecem as qualidades humanas reconhecidas no indivíduo maduro. Já nesta classificação, Rousseau considera a emergência da razão entre os 12 e os 15 anos, mas distingue o período entre os 15 e os 20 anos pelo desenvolvimento da auto-estima, da consciência e da orientação social (Châtelet, 1974).

No final do séc. XIX, a adolescência começa a ser objecto da psicologia científica. Stanley Hall é um dos primeiros psicólogos a estudar a adolescência, tendo a sua obra “Adolescence”, de 1904, fomentado um grande número de trabalhos sobretudo à luz das teorias evolucionistas de Darwin. Stanley Hall definia a adolescência como um “segundo nascimento”, tendo enunciado pela primeira vez a ideia de “crise” com a chegada da puberdade. A “crise” caracteriza a puberdade e vai originar a adolescência, que é vista como um período de desequilíbrio e de desadaptação universal. É sobretudo uma concepção filosófica, baseada na observação de adolescentes, o que leva Hall a não considerar o meio na génese e na evolução deste conceito (Garbarino, 1985).

O valor geral e a universalidade da crise da adolescência constituíram o objecto dos trabalhos sistemáticos dos psicólogos alemães. Em 1928, Spranger distingue na sua tipologia da adolescência diferentes modos de evolução. Este autor não considerava a crise como uma das manifestações exclusivas da adolescência. Stern (1931) descreveu

em “Jugendpsychologie” dois tipos de processo: de um lado, o processo sem “crise” e sem problemas, e por outro, o processo que inclui a perturbação, mais ou menos profunda de condutas e de sentimentos (B. Zazzo, 1972).

Por sua vez, a psicanálise contribuiu para o estudo da adolescência, apontando a importância do despertar da sexualidade, que é anterior à puberdade. Para esta corrente de pensamento, o aparecimento da adolescência no fim da infância não constitui ruptura. Todavia, Erickson (1959), não estando totalmente de acordo com esta interpretação, afirma que o desenvolvimento deva ser estudado num conceito alargado à sociedade e à cultura. Considerando os diversos estádios da teoria psicanalítica, valoriza a situação conflituosa como normativa, pelo que todo o indivíduo tem de a viver. Esta interpretação veio dar importância aos conceitos resultantes das pesquisas dos antropólogos que põem em causa a concepção anterior da adolescência. De facto, M. Mead em Samoa (1928) e na Nova Guiné (1930) verifica não haver um esquema universal de desenvolvimento, pelo que a comparação de experiências de adolescentes das sociedades primitivas com as das sociedades ocidentais alarga o conceito de adolescência, valorizando os aspectos que E. Erickson também salientava. Mead fala assim no “relativismo cultural” como factor condicionante do desenvolvimento (Mead, 1943).

Salientando a complexidade destes conceitos, Piaget (1955) salienta que a inserção na vida adulta, aspecto essencial na adolescência, varia de cultura para cultura, afirmando que o desenvolvimento humano depende tanto ou mais de factores sociais do que de factores maturacionais. Mais recentemente, a psicologia do desenvolvimento volta a considerar as crises como acidentes individuais, que podem ocorrer em qualquer período da vida. Assim, Gesell, em 1959, concebe o adolescente como uma criança que acaba de crescer e que mantém um amadurecimento constante apesar das aparentes irregularidades (B. Zazzo, 1972).

A inserção na vida adulta está intimamente relacionada com a estrutura da sociedade onde o indivíduo se desenvolve, ideia que B. Zazzo salientou apoiada nos estudos antropológicos de Malinowski (1930), de Ruth Benedict (1938) e de Ernest Kardiner (1955). Este facto torna extremamente difícil precisar o fim da adolescência, onde

critérios sócio-familiares não estão claramente definidos. B. Zazzo escreveu em 1973: “Si le debut de l’adolescence peut être défini, grosso modo, par la puberté, c’est-à-dire par le niveau du développement biologique, son terme est d’ordre psychosocial et, de ce fait, ne correspond à aucune âge fixe. ... La durée de l’adolescence dépend de la nature, du but et du terme des apprentissages. Les apprentissages sont déterminés eux-mêmes, plus ou moins directement, par les conditions du milieu.” (pág. 26).

Perante as diversas interpretações da adolescência pareceu-nos que para a nossa investigação teremos que definir um critério etário e social que permita dar consistência ao estudo que nos propusemos realizar.

1.2 Definição e enquadramento da adolescência

A entrada na vida adulta poderá definir o fim da adolescência, enquanto que a puberdade constitui o primeiro acontecimento que a “inaugura”. Estes dois momentos têm especificidades de ordem individual e colectiva. Se na rapariga é possível estabelecer o início da adolescência biológica com o aparecimento da menarca, é complexo determinar o fim pela variedade de situações que condicionam a entrada numa vida autónoma. Em todo o caso, combinando a escala etária com indicadores profissionais e de dependência económica, podemos considerar limites precisos para um determinado contexto temporal e geo-social. Alguns estudos relacionados com o início da actividade sexual e da gravidez na adolescência têm procurado definir os limites desta etapa do desenvolvimento. É um facto que durante esta etapa ocorre uma transição desenvolvimental multifacetada. Factores biológicos, psicológicos e sociais interagem à medida que o indivíduo avança da infância até à idade adulta (Hauser & Bowlds, 1993). Com a puberdade desenvolvem-se os caracteres sexuais secundários que condicionam exigências individuais, que cada um tenta resolver no contexto familiar e social em que está inserido. Por isso, a adolescência pode ser perturbante para a jovem e para a família, quando surgem inexplicavelmente novas tensões e dilemas. As transformações biológicas, cognitivas e sociais, verificadas neste período de desenvolvimento, podem levar a adolescente a questionar os padrões familiares. As mudanças biológicas estão muitas vezes associadas a conflitos com o corpo e com a auto-imagem, levando a novas exigências de assistência parental. As transformações cognitivas são as dominantes e

muitos adolescentes envolvem-se rapidamente num pensamento abstracto, abrindo caminho a reflexões e a questões relativamente às relações e tradições familiares. Por fim, a perplexidade dos adolescentes relativamente às novas oportunidades, às competências sociais e às normas do comportamento sexual é frequentemente expressa por conflitos em relação às regras e aos limites impostos pela família.

1.3 Pressões da adolescência

As preocupações com o tamanho do corpo, o desejo sexual e os “medos” constituem pressões da adolescência que são exacerbadas pelas exigências do meio, pela pressão dos pais, dos professores, do sistema escolar e do grupo de pares. A importância da influência paternal tende a modificar-se com o consequente aumento da influência de amigos que conduzem o adolescente a novas experiências, algumas das quais podem colocá-lo em situações de risco. A nova situação resultante da modificação biológica e social pode determinar a necessidade de renegociação com os pais de horários e das experiências permitidas ao adolescente. De entre as novas experiências têm uma especial importância as que derivam da sexualidade, particularmente da realização das primeiras relações sexuais. O adolescente pode ficar ansioso se estas pressões não forem equilibradas pelo diálogo com os pais e outros familiares. O afastamento físico ou a incapacidade de dialogar sobre estas questões constituem factores de aumento da angústia que caracteriza um grande número de adolescentes. Simultaneamente, existem pressões não-normativas que aumentam a probabilidade de respostas desajustadas.

Um exemplo de pressão não-normativa é a situação de família instável. Os adolescentes reagem de maneira diferente, mesmo quando tal situação pode levar ao divórcio dos pais. Alguns apresentam dificuldades relacionadas com esse facto respondendo com a depressão, a agressividade, a ansiedade em tarefas escolares e com problemas na relação com os pares. Contudo, a maioria adapta-se razoavelmente às mudanças verificadas (Hauser & Bowlds, 1993). Tais situações parecem ser menos negativas para as raparigas, embora os problemas emocionais relacionados com as famílias mono-parentais ou com as situações de divórcio possam determinar nelas actividade sexual precoce e dificuldade na relação com o sexo oposto (Hetherington et al., 1989).

A adaptação às situações da pressão familiar é influenciada pela qualidade do sistema de suporte social disponível e depende das características de cada jovem. Os efeitos negativos do comportamento do adolescente estão relacionados com a combinação de factores de risco, tais como os distúrbios psiquiátricos dos pais, problemas peri-natais ou doença crónica, baixo nível académico ou problemas criminais na família. Rutter et al. (1979) salientam que a combinação é mais importante que o número de factores envolvidos.

As pressões exercidas pelo contexto social podem provocar mudanças complexas no adolescente e na família. A situação de desemprego, a pobreza, a mudança de residência, constituem situações de “stress” social cujas consequências são mais intensas quando se colocam a um grupo minoritário que integra o adolescente.

1.4 As respostas da adolescência

O modo como o adolescente responde às pressões é influenciado por diferentes factores. O desenvolvimento psicológico e físico está relacionado com a capacidade de adaptação e com a sensação de bem-estar. A história pessoal e as experiências anteriores influenciam o modo como o adolescente aborda e resolve esses problemas. Assim, aspectos como a auto-imagem, as crenças de auto-realização, o auto-controlo, a auto-estima, o temperamento e o locus de controlo podem justificar a resposta individual (Compas, 1987). A idade é um outro factor que determina a diferença nas respostas do adolescente. Os mais velhos parecem ter um leque maior de estratégias na resolução de problemas.

A escola, a família e o grupo de pares, como contextos sociais, podem ser antecedentes determinantes dos padrões de disfuncionamento do adolescente. Dunst, Vance & Trivette (1986) e, mais tarde, Hauser & Bowlds (1993), consideram ser o suporte social, fornecendo apoio emocional, orientação e assistência, um factor importante na prevenção de tais padrões. Se tal suporte não está disponível, podem surgir consequências pouco favoráveis que incluem problemas de comportamento, emocionais, físicos, escolares, familiares e sociais.

Iremos enunciar alguns destes problemas exemplificando-os de uma forma não exaustiva, por não ser este o propósito do presente trabalho.

Delinquência

Os comportamentos delinquentes e criminais são muito frequentes nos adolescentes de ambos os sexos. Nos EUA mais de um milhão de jovens é anualmente acusado de delinquência (Phillips, 1992). Uma das características dos adolescentes delinquentes é o comportamento agressivo e a dificuldade em perceber e aceitar a responsabilidade dos seus actos. Tais comportamentos tendem à cronicidade e são determinantes directos ou indirectos que vão isolando os jovens relativamente ao grupo de pares, particularmente no contexto escolar (Hauser & Bowlds, 1993). Estes autores, reconhecendo que é particularmente difícil resolver estes problemas, sugerem o aumento das respostas do sistema escolar, vocacionadas para o combate ao insucesso.

Farat (1996), realizou um estudo com 2095 adolescentes (entre os 12 e os 16 anos) de escolas de ensino secundário da área metropolitana do Porto e concluiu que aos 13 anos, 15 % dos jovens dizem ter participado em brigas, percentagem que, segundo o autor, decresce aos 14 anos. Constatou, ainda, que a percentagem de adolescentes do sexo masculino que participavam em brigas era superior à do sexo feminino. Concluiu, ainda que “... o furto num lugar público é também, uma perturbação do comportamento predominantemente masculino. De facto, se aos 13 anos 12% dos rapazes (contra 6% das raparigas) cometeram furtos, ao longo do ano, num lugar público, aos 14 anos a diferença ... acentua-se ... ” (In Farat (1996), pág. 266). Esta constatação tinha sido também assinalada por Fleming et al. (1992) que verificaram a “ ... proporção de dois rapazes para uma rapariga ... relativamente aos adolescentes que apresentam tendência para se envolverem em comportamentos de passagem ao acto (ou seja uso de álcool e de drogas, ao furto e outros comportamentos violentos) ... ” (In Farat (1996), pág. 266).

Absentismo e abandono escolar

O insucesso escolar condiciona e é condicionado pelo absentismo e pelo abandono escolar. Verifica-se que o adolescente delinquente permanece grande parte do seu dia na

área do edifício escolar, onde pode experimentar novos desafios pela pressão das circunstâncias sociais. Isto justifica que algumas expressões de delinquência, como actos de vandalismo e de agressividade, ocorram muitas vezes no espaço físico da escola. Diferentes factores de risco têm sido apontados por indicarem que um aluno pode estar em perigo de abandono escolar: o insucesso escolar, tornando-o muitas vezes o mais velho da turma, a desmotivação, dependendo da eficácia dos professores e das políticas educativas, os castigos ou as suspensões e a gravidez na adolescência (Phillips, 1992). Variáveis familiares, como baixos recursos económicos ou as expectativas dos pais relativamente ao futuro do adolescente, podem condicionar o aumento da angústia com o consequente insucesso e abandono escolar. O grupo de pares, especialmente os elementos do grupo que já abandonaram a escola e que não tem expectativas de completar a escolaridade, a atracção do mercado de trabalho, como solução mais imediata para as dificuldades económicas, e a ausência de soluções realistas do sistema educativo constituem causas sociais do absentismo e do abandono escolar.

Depressão

As flutuações do humor e os sentimentos depressivos são características frequentes durante a adolescência (Millstein & Litt, 1993). Estas flutuações do humor descritas por Nissen em 1983 podem agrupar-se como “sintomas” do adolescente depressivo. A apatia, a lentidão e a perda de direcção podem associar-se à agitação e à ansiedade. “Sintomas” como tristeza, isolamento, insegurança, mutismo, associam-se por vezes à enurese nocturna, à compulsividade alimentar, à auto e hetero agressão e, por fim, com menos frequência, também ao suicídio. Em 1992, Sheras valorizou a falta de aptidões linguísticas ou a não utilização de um vocabulário activo para verbalizar a depressão como determinantes do suicídio no adolescente. Greydanus (1986) estabelece categorias de depressão presentes durante o desenvolvimento do adolescente: a depressão relacionada com alternâncias do humor, quase sempre transitória e a depressão associada a problemáticas mais estruturadas. Esta última pode ser a depressão devida à continuidade da preexistente na infância, ser uma depressão endógena ou reactiva. Embora, a depressão associada a causas patogénicas não seja exclusiva do adolescente, parece ser mais expressiva neste período do desenvolvimento. Poland (1989) estabeleceu

uma lista de sintomas do adolescente depressivo que se manifestam pelo afastamento do grupo de pares e das actividades em geral, preocupações com a morte, problemas de concentração na escola ou no emprego. Considera ainda a baixa auto-estima, a pouca confiança na capacidade de decisão e a preocupação com o peso, “sintomas” da depressão no adolescente que podem levá-lo ao maior consumo de drogas e a atitudes hostis aos outros e a si próprio.

No estudo referido anteriormente, Farat (1996), verificou que “... aos 13 anos, as raparigas exprimem sentimentos depressivos mais frequentes que os rapazes ...”. Verifica, assim, que “... duas vezes mais de raparigas do que rapazes, sentem-se frequentemente tristes (10% contra 15 %), 11% das raparigas (contra 7% dos rapazes) muda frequentemente de humor sem razão aparente; 18% das raparigas (contra 14% dos rapazes) dizem-se sentir-se irritadas frequentemente ...” (In Farat (1996), pág. 262).

Suicídio

O suicídio é a resposta mais grave do adolescente quando não se adapta à situação de stress individual, familiar e social. É a segunda maior causa de morte dos jovens entre os 15 e os 24 anos nos EUA (Hauser & Bowlds, 1993). Estes autores chamam a atenção nos estudos por eles realizados que 50% dos adolescentes suicidas tinham feito já ameaças e tentativas. A relação estabelecida entre o suicídio e os problemas emocionais no adolescente mostram a importância dos factores pessoais, familiares e sociais. Blumenthal & Kupfer (1988) indicaram factores de risco associados ao suicídio: a doença psiquiátrica, as características da personalidade e aspectos psicológicos do adolescente. Shaffi, et al., em 1985, já haviam associado a esta problemática o mau desempenho, o insucesso e o abandono escolar. Estes mesmos autores enunciaram, igualmente, os factores familiares: pais exigentes, pais com consumo de drogas, com problemas na relação marital e pais ausentes. A estes factores Hauser & Bowlds (1993) acrescentam a morte de um dos pais, a história de insucesso ou de experiências humilhantes. Os factores sociais associados ao suicídio do adolescente estão sintetizados na falta de suporte que perante os factores de risco pessoais e familiares, vão permitir a conjugação de mais do que um desses factores.

Em Portugal, a taxa de suicídio na adolescência aumentou na década de 80, destacando-se o grupo dos 15 aos 19 anos, onde se observa um aumento, quer das taxas masculinas, quer das taxas femininas (Sampaio, 1992). No entanto, entre 1986 e 1990, verificou-se um decréscimo do número de suicídios (Tabela 1-1).

Tabela 1-1 - Número de suicídios/ano, desde 1986-1990, nas classes etárias 10-14 anos; 15-19 anos; 20-24 anos, em Portugal, por sexos (H- Homens; M - Mulheres). (In Sampaio (1992), pág. 39)

Ano	Classes etárias		
	10-14	15-19	20-24
1986	H - 6	H - 17	H - 44
	M - 2	M - 17	M - 14
1987	H - 3	H - 25	H - 55
	M - 2	M - 15	M - 9
1988	H - 4	H - 16	H - 40
	M - 3	M - 15	M - 10
1989	H - 1	H - 18	H - 40
	M - 3	M - 7	M - 11
1990	H - 5	H - 15	H - 47
	M - 0	M - 5	M - 20

Sampaio (1992) realizou uma pesquisa em Lisboa (1985), com o objectivo de estudar a tentativa de suicídio na adolescência. Verificou que a tentativa de suicídio ocorreu na maior parte dos casos em casa dos adolescentes e com familiares na proximidade. Na maioria das situações verificou, também, que o gesto suicida não foi “... impulsivo ...” tendo decorrido após um período de dificuldades onde esteve presente a ideia de suicídio, sendo a intoxicação medicamentosa a forma mais frequente. No estudo da família dos adolescentes, este autor, concluiu tratarem-se de agregados familiares caracterizados por rigidez, conflitos relacionais, dificuldades de comunicação, menor sociabilidade e menor dinamismo na integração social. Eram também frequentes, nestes agregados, conflitos intrafamiliares e condutas suicidárias. Relativamente ao adolescente suicida constatou ter visão negativa de si próprio, dificuldade de relacionamento e má integração social.

Aparência física e distúrbios alimentares

A importância da aparência física para o adolescente está relacionado com a auto-estima e aceitação social. O adolescente sente e actua em relação aos outros em função da

imagem e em consequência da resposta social à sua aparência. Nos EUA cerca de 0.5% dos adolescentes entre os 12 e os 18 anos tem anorexia nervosa e 5% a 18% sofre de bulimia (Millstein, & Litt, 1993). Os distúrbios alimentares podem ser precipitados pelas mudanças corporais que ocorrem durante este período, mas são também consequência do padrão de beleza aceite na família e socialmente. A aprendizagem e o comportamento escolar, assim como os comportamentos sociais, estão fortemente relacionados com a aparência física da adolescente.

Consumo de drogas

Um dos processos de resposta ao stress e às pressões sobre o adolescente traduz-se pelo consumo do tabaco, de álcool e de drogas ilícitas. Este consumo tem sido considerado um comportamento desviante. Castanheira (1989, citado por Rodrigues, 1994) verificou, numa amostra de 1095 alunos do ensino secundário de várias regiões do país, que 4,2% dos adolescentes (entre os 14 e os 18 anos) tinham experimentado uma droga (citado por Rodrigues, 1994). Nos anos lectivos de 1986/87 e de 1987/88 foi realizado, pela primeira vez, um inquérito transversal em estabelecimentos do ensino secundário na área metropolitana de Lisboa. Os resultados indicaram a tendência de maior consumo de drogas lícitas e ilícitas entre os jovens em idade escolar. No ano lectivo de 1990/91 realizou-se o mesmo inquérito nos estabelecimentos de ensino de cada Direcção Regional de Educação (numa amostra de 13.593 alunos). A análise dos dados indicou que 45% dos jovens tinham já consumido uma droga ao longo do ano, sendo o haxixe a mais utilizada, seguido da heroína e da cocaína. A taxa mais elevada de iniciação ao uso de drogas ilícitas foi, neste estudo, aos 15 anos tendo-se verificado que o consumo aumentava com a idade. Verificou-se ainda que 68% dos jovens tinham já consumido álcool e que o tabaco era utilizado por 37% dos jovens. No ano lectivo de 1993/94, o mesmo inquérito indica que a taxa de consumo de drogas ilícitas aumentou ligeiramente, a prevalência do consumo de álcool diminuiu e que o uso de tabaco aumentou, embora de forma não significativa (Farat, 1996).

Negreiros de Carvalho (1996) em abordagem epidemiológica no Concelho de Matosinhos com jovens em idade escolar, estudou o consumo de álcool e de drogas neste grupo, tendo afirmado que “os dados disponíveis em Portugal sobre o consumo de

drogas nos jovens revestem-se, frequentemente, de um carácter fragmentário e parcelar devido, entre outros aspectos, ao facto de tal recolha não ser sistemática nem uniforme. De facto, as populações estudadas não são sempre as mesmas, os métodos são igualmente diferentes e as substâncias psicoactivas raramente são definidas ou reagrupadas da mesma maneira” (In Negreiros de Carvalho, 1996, pág. 117). No entanto, este autor, conclui neste estudo que os três tipos de comportamentos anti-sociais prevalentes nos 30 dias que precederam à recolha de dados mostram que 6% dos alunos do 7º ao 11º ano de escolaridade refere ter “roubado algo”, aproximadamente 19% refere ter agredido alguém e cerca de 10% refere ter “destruído ou danificado coisas de propósito” (In Negreiros de Carvalho, 1996, pág. 109). As correlações entre medidas de consumo de drogas e medidas de comportamentos anti-sociais foram consideradas, por este autor, como tendo grande variabilidade “o furto está moderada e positivamente relacionado com o consumo de tabaco e o consumo de bebidas destiladas. Também os actos agressivos estão moderada e positivamente relacionados com as bebidas destiladas, o consumo de cerveja e de tabaco. O vandalismo está moderadamente relacionado com o consumo de bebidas destiladas, tabaco e cerveja”. Conclui, também que os adolescentes que praticaram um determinado “comportamento-problema”, nos últimos 30 dias, que antecederam o questionário, apresentavam uma tendência significativa para praticar restantes comportamentos-problemas. Relativamente ao abuso de álcool, Negreiros de Carvalho (1996) afirma “é indiscutível que o uso de álcool representa, mais do que qualquer outra substância psicoactiva, a ameaça mais séria à saúde dos adolescentes”, tendo verificado que 13% dos jovens consumiram cinco ou mais bebidas alcoólicas numa única ocasião durante o ano que precedeu a realização do estudo e que 20% tiveram um ou mais problemas relacionados com o consumo de álcool. Em relação ao tabaco verificou que 16% dos alunos eram consumidores regulares de tabaco e destes 17% consumiam 10 ou mais cigarros por dia. Por fim, em relação ao abuso de drogas constatou que neste contexto o consumo de drogas é, de um modo geral, baixo (4%) e que, “à semelhança do que se observou em relação ao uso de álcool e tabaco, também a iniciação ao consumo de marijuana ou haxixe ocorre predominantemente no círculo de amigos 79% dos sujeitos admitem que a iniciação

ao consumo ocorreu no contexto do grupo de pares” (In Negreiros de Carvalho, 1996, pág. 127).

Em 1996, Farat, confirma a tendência de progressão no uso de tabaco e o aumento significativo da taxa de consumo de álcool entre os 13 e os 14 anos, com maior proporção no sexo masculino. Relativamente às drogas ilícitas, o autor verificou que as alterações de comportamento escolar eram mais frequentes nos consumidores regulares e que as condutas violentas estavam significativamente associadas ao consumo de drogas psicoactivas, quando o consumo se tornava habitual entre os adolescentes.

Azevedo, Machado e Barros (1997) verificaram, numa amostra de 2974 estudantes do ensino secundário do Porto, que 21,5% dos inquiridos fumavam, 49% bebiam álcool e que 4,9% consumiam drogas ilícitas. Acrescentaram, ainda, que a prevalência do tabagismo parece estar a aumentar com a idade para o sexo feminino e a diminuir ligeiramente para o sexo masculino. Em Portugal, o consumo de álcool entre os adolescentes aumenta em consequência do baixo preço e fácil acesso às bebidas alcoólicas (Ferreira, 1996). Factores de risco familiares foram valorizadas pela verificação que muitos adolescentes bebem álcool pela primeira vez com os pais, em casa (Braucht, Brakarsh, Follingstad & Berry, 1973).

O consumo de drogas pesadas é paralelamente um dos maiores problemas das sociedades modernas porque atinge dimensões incontroláveis. Os adolescentes são um grupo vulnerável por excelência. Os factores de risco que predispõem os adolescentes ao consumo de drogas são também aqui de ordem pessoal, familiar e social.

Os factores de risco pessoal estão relacionados com a personalidade e podem caracterizar-se pela rebeldia, autonomia, liberalismo, vontade de experimentar situações novas (Segal, Huba & Singer, 1980) e a procura de novas sensações (Cloninger, Sigvardsson & Bohman, 1988). O consumo tem sido associado a comportamentos desviantes e a diferentes psicopatologias. Tem-se procurado relacionar o consumo de drogas na adolescência com sintomas de depressão, ideação suicida, ansiedade e cólera. Os comportamentos delinquentes podem traduzir-se por problemas de conduta como o furto e a prostituição (Johnston, O’Molloy & Eveland, 1978; Robins, 1986).

Os factores de risco familiar são também importantes para o consumo de drogas. Diferentes estudos indicam que muitos dos adolescentes que iniciam o consumo pertencem a famílias com falta de coesão, com conflitos entre os pais e com consumo de droga (Needle, Glynn & Needle, 1983; Hundlebey & Mercer, 1987). Kandell (1978) verificou que as crianças referindo menor suporte e afecto familiar têm maior possibilidade de iniciar o consumo de drogas. Os modelos do adulto e dos pares na utilização de álcool e de drogas pesadas encorajam o adolescente a experimentar estas substâncias. O grupo de pares é responsável pela percentagem de adolescentes que iniciam o consumo de marijuana (Eisterhold, Murphy, Beneke & Scott, 1979; Brook, Whiteman & Gordon, 1983) e pela decisão de continuar o seu consumo (Capuzzi & Lecoq, 1983). A importância do ambiente social relacionado com a rede de suporte, constituída por membros que consomem drogas, deriva dos adolescentes adquirirem padrões de comportamento consistentes com os seus modelos e ainda de desenvolverem crenças e valores de acordo com o estilo de vida inerente ao consumo de drogas (Brown et al., 1992). Holden et al. (1988) já tinham verificado a necessidade de uma rede de suporte que oriente e que reforce estratégias alternativas à iniciação e ao consumo de álcool e de outras drogas.

Resposta sexual

O início precoce da actividade sexual é uma das respostas à pressão sobre a adolescência. A importância crescente das doenças sexualmente transmissíveis chamou atenção para a necessidade de se considerar esta situação com maior cuidado. A falta de educação sexual na adolescência conduz ao risco de contrair doenças como a SIDA e a Hepatite B com elevadas taxas de morbilidade e mortalidade (Olsen et al., 1991; Caetano, 1994; Gordon, 1996).

A gravidez e a maternidade durante a adolescência podem ter consequências negativas de ordem física, psicológica e social para a adolescente (Scott-Jones & Turner, 1990). Ser mãe ou pai pode significar que o adolescente deixe de realizar tarefas determinantes do desenvolvimento por implicações pessoais, familiares e sociais. Este tema, referente à gravidez e à maternidade na adolescência, será tratado especificamente no capítulo seguinte.

2. A gravidez e a maternidade na adolescência

As dificuldades, anteriormente referidas, em determinar o início e o fim da adolescência impossibilitam-nos igualmente de estabelecer critérios universais para a definição da gravidez na adolescência.

No início do nosso século Pannetier (1901) estabeleceu que se deveria considerar a gravidez na adolescência a que ocorria até aos 17 anos. Esta definição corresponde à idade média da menarca que no séc. XIX era de 16/17 anos e que passou para 12/13 anos nos dias de hoje, com a melhoria das condições de nutrição, de higiene, de prevenção e de profilaxia de doenças infecciosas. Silva (1992) considera que desde há três/quatro décadas se atingiu esta idade da menarca, embora em determinadas populações este processo de antecipação possa ainda estar em curso, conferindo ao início da puberdade um carácter intra e interpopulacional. O conhecimento deste facto deve ser considerado na antecipação do início da capacidade reprodutiva, sempre que se estuda este problema em qualquer realidade demográfica e cultural. A baixa do limite de idade para o início da menarca explica o número crescente da ocorrência da gravidez em mães solteiras, pelos imperativos de ordem sócio-cultural que condicionam a idade do casamento. Luker (1996) refere que esta situação é cada vez mais frequente em todo o globo. Na Europa este número duplicou nos últimos 20 anos como consequência das alterações do comportamento sexual. Silva (1992) considera que esta antecipação se faz sentir igualmente na vida sexualmente activa e daí a designar por a “coitarca”. Em 1996, Luker descreve que a maternidade na Europa se limita a mulheres mais velhas, destacando que a maternidade na adolescência ocorre em países a que chama periféricos, como a Grécia e Portugal.

Esta verificação sugere que há um acesso a métodos de contracepção e ao planeamento familiar diferente nos diversos países europeus. Brooks-Gunn & Chase-Lansdale (1995) afirmam que esta diferença se relaciona com as campanhas que promovem os distintos padrões de contracepção e a informação sexual dos adolescentes destes países. Em Portugal, a partir da década de 70, verifica-se o aumento do número de mães com menos de 20 anos. Devido a esta circunstância tornou-se imperativa a necessidade de medidas

de prevenção, quer primárias, que visam a prevenção de gravidez na adolescência, quer secundárias, com o objectivo de otimizar o parto. Esta necessidade de prevenção só foi assumida em 1984 pelas leis já mencionadas na **Introdução**. A justificação das medidas previstas na lei assenta na verificação de que uma gravidez na adolescência pode desencadear problemas físicos e obstétricos na adolescente e, posteriormente, no recém-nascido, fruto de uma assistência pré-natal tardia (Lamb, 1988). Psicologicamente, a jovem grávida pode sentir vergonha, sentir medo e culpa e por isso ocultar a sua situação. As consequências sociais da gravidez podem comprometer o nível económico, levando a adolescente a abandonar a escola ou o emprego (Brooks-Gunn, Duncan, Klebanov & Sealander, 1993). As dificuldades em obter emprego tornam a mãe adolescente dependente da família, mesmo em alguns casos em que casam ou vivem em união de facto. Há jovens que optam pela interrupção voluntária da gravidez, por decisão pessoal, por pressão da família ou do companheiro. Em muitos casos, o aborto é ilegal e em condições médicas e de higiene inadequadas.

A actividade sexual, a gravidez e a maternidade são, no entanto, aspectos de desenvolvimento individual, da formação da família e do bem estar social. Estes factos, pela natureza multifactorial que os condiciona, têm preocupado profissionais de diferentes áreas do saber, porque têm também implicações económicas e políticas. Nos EUA, durante os anos 80, houve um aumento contínuo da incidência da experiência sexual na adolescência. Os dados de 1988 do "National Survey of Family Growth" indicaram que aproximadamente 25% dos adolescentes tinha tido relações sexuais aos 15 anos, número que aumenta aos 19 anos - 4 em cada 5 - (London, Masher, Pratt & Williams, 1989; Pratt, 1990). Os rapazes e as raparigas, de modo semelhante, referem-se à sua primeira experiência sexual como não tendo sido planeada (Harris, 1986). Por outro lado, Miller e Moore (1990) verificam que, em média, os parceiros de uma jovem que inicia a vida sexual são mais velhos 3 anos, enquanto que para o rapaz a parceira é em média 1 ano mais nova. É ainda importante verificar a frequência da relação sexual e o número de parceiros pelos riscos relacionados com as doenças sexualmente transmissíveis. Moore, Nord & Peterson (1989); Sonenstein et al. (1989) verificaram que mais de dois terços tiveram novamente relação sexual 6 meses após a primeira relação. A frequência da relação sexual nas adolescentes não casadas é consideravelmente mais

baixa do que nas adolescentes casadas (Vinovskis, 1988). Moore et al.(1989) chamaram a atenção para as diferenças raciais e sexuais relativamente ao número de parceiros neste grupo etário. Afirmam ter tido 6 ou mais parceiros (as) 4% das raparigas brancas, 6% das raparigas negras, 11% dos rapazes brancos e 23% dos rapazes negros. A importância desta questão torna necessária a análise dos antecedentes que conduzem à relação sexual, à gravidez e à maternidade na adolescência.

2.1 Antecedentes da relação sexual do adolescente

Mantém-se ainda hoje a questão da influência do nível individual de maturação e da idade cronológica na interacção sexual. Dornbusch et al. (1981) verificaram que os níveis de maturidade sexual contribuem pouco na explicação da variação dos comportamentos sexuais e concluíram que a pressão social, mais que a maturação, determinava o início da relação sexual. Pelo contrário, Zabin et al. (1986) tinham verificado, na investigação realizada com esse objectivo, que o desenvolvimento pubertal conduz ao início da actividade sexual mais cedo. À medida que a idade aumenta, a influência das normas sociais torna-se mais forte que os níveis individuais de desenvolvimento. Udry, Talbert e Morris (1986) salientam intensos efeitos hormonais sobre a motivação embora fracos efeitos no comportamento sexual das raparigas. Assim, ainda que a motivação sexual e o comportamento não coital das jovens adolescentes brancas não seja influenciada directamente por hormonas andrógenas, o comportamento coital é principalmente diferenciado por processos de controlo social (Udry & Billy, 1987). Por isso, parece haver factores sociais e psicológicos que actuam sobre os factores biológicos com nítidas diferenças nos dois sexos e na raça (Miller e Moore, 1990). O desenvolvimento cognitivo e emocional da adolescente é frequentemente mais tardio que o desenvolvimento biológico. Assim, os adolescentes fisicamente aptos para comportamentos sexuais reprodutivos podem ainda não estar cognitivamente e comportamentalmente aptos para escolhas responsáveis e para a compreensão das consequências e implicações das suas acções.

Zabin, Hirsch, Smith e Hardy (1984) indicaram que a maioria dos adolescentes urbanos têm atitudes e valores consistentes com uma conduta sexual responsável, mas 83% das adolescentes com experiência sexual achavam que a melhor idade deveria ser superior

àquela com a que tinham realizado. Chilman (1983) refere que os adolescentes, na generalidade, parecem ter sentimentos de invulnerabilidade, o que os torna mais propensos para comportamentos de risco. Por esse facto, se pode explicar não haver diferenças nos níveis de auto-estima das adolescentes grávidas quando comparadas com adolescentes não grávidas da mesma realidade social (Vernon, Green e Frothingham, 1983). Em 1987, Miller, Christensen e Olson verificaram que a auto-estima se relacionava com a experiência sexual em adolescentes. As adolescentes com elevada auto-estima acreditavam que a vida sexual pré-marital era correcta. Adolescentes com baixa auto-estima consideravam, pelo contrário, errado ter experiências pré-maritais, mesmo quando as tinham já realizado.

A importância dos factores normativos sociais, no modo como a auto-estima influencia o comportamento social, foi especialmente apontada por Miller & Moore (1990), que salientam a correlação directa entre problemas comportamentais, envolvimento sexual e gravidez na adolescência. Esta afirmação corrobora estudos anteriores que mostram serem pais adolescentes uma grande percentagem de rapazes envolvidos em actividades delinquentes (Elster, Lamb, Peters, Kahn & Tavare, 1987). Mott e Haurin (1988) repetiram as observações de Donovan e Jessor (1985) e verificaram que o comportamento delincente, o uso de tabaco, o abuso de drogas e a iniciação precoce à vida sexual parecem ocorrer nos mesmos adolescentes, falando mesmo de uma “síndrome” de problemas de comportamento. Estas características individuais relacionadas com o comportamento sexual do adolescente podem estar relacionadas e interagirem com aspectos da família. Em 1988, Miller e Jorgensen salientam que as características dos pais, a estrutura da família, as atitudes, os valores e as normas familiares podem afectar o comportamento sexual do adolescente. Esta ideia apoia-se em trabalhos anteriores que procuram fazer a correlação destas variáveis familiares na actividade sexual precoce da adolescência. Uma experiência sexual precoce e um primeiro parto da mãe poderá estar relacionado com a experiência sexual precoce da filha (Newcomer & Udry, 1984). De igual modo, adolescentes com irmãos mais velhos com vida sexual fora do casamento tendem a iniciar a actividade sexual numa idade mais precoce (Hogan e Kitagawa, 1985). Estas constatações não estão de acordo com as de Miller e Bingham (1989) que não verificaram o efeito dos irmãos mais velhos, embora

tenham salientado a importância do estatuto marital dos pais na actividade sexual dos adolescentes. A importância do nível educacional dos pais sobre o problema do início da actividade sexual dos adolescentes tem também sido objecto de estudo. Zelnik, Kantner, e Ford (1981); Forste e Heaton (1988) verificaram que a pais com mais escolaridade corresponderia uma experiência sexual mais tardia nos respectivos filhos adolescentes. Admitem que a explicação possa ser a de haver objectivos de sucesso no trabalho e maior exigência social, características dos pais com nível educacional mais elevado, podendo criar um contexto normativo que condiciona a actividade sexual. Confirmando esta afirmação, Hayes (1987) e Hofferth (1987b) verificaram que maior sucesso, maior motivação e melhores resultados nos testes de inteligência correspondiam a menor probabilidade do adolescente iniciar precocemente a actividade sexual. A estrutura familiar parece ser, em si, um condicionante importante do início da vida sexual precoce. Alguns investigadores puderam verificar que adolescentes, em particular as raparigas de famílias mono-parentais, parecem ter maior probabilidade de iniciar a vida sexual precoce do que os seus pares em famílias com pai e mãe (Hayes, 1987; Newcomer & Udry, 1987). Têm sido apontadas diferentes razões para as taxas de actividade sexual das adolescentes de famílias mono-parentais. Dornbusch et al. (1985) salientam a menor supervisão numa família mono-parental motivada pelo facto de o pai ou a mãe provavelmente trabalharem a tempo inteiro fora de casa. Em 1987, Thornton e Camburn sugeriram que os pais que vivem uma situação de divórcio têm atitudes mais permissivas sobre a relação sexual fora do casamento, facto assumido também para os adolescentes. Esta verificação deve ser analisada no contexto social e racial da família mono-parental, pois Hayward, Grady e Billy (1992) verificaram que as adolescentes negras de famílias mono-parentais têm menor número de relações sexuais e menor probabilidade de gravidez. Trent (1994) verificou que o número de irmãos afectava a expectativa dos adolescentes em relação ao nascimento fora do casamento e ao tamanho da família.

A importância da comunicação intrafamiliar tem aspectos variados. De facto, em 1980, Fox e Inazu verificaram que, quanto maior fosse a comunicação, menor a probabilidade de actividade sexual na adolescência e melhor o controlo de natalidade. Adolescentes que consideravam ter uma “boa” relação com a mãe tinham maior probabilidade de adiar a actividade sexual, de utilizar contraceptivos e de ter menos parceiros. Barnett, Papini &

Gbur (1991), concluíram também que uma intensa comunicação estava associada com a menor probabilidade de actividade sexual, mas que a comunicação entre os rapazes e o pai tinha maior probabilidade de conduzir o adolescente a relações sexuais pré-maritais. Para salientar a importância deste factor, Miller & Moore (1990) têm continuado a investigar a relação entre a comunicação parental e a sexualidade na adolescência. Assim, em 1986, concluíram não haver uma completa associação entre a comunicação pais-adolescente e a sexualidade. Num estudo, cuja amostra era representativa a nível nacional, estes autores verificaram que as adolescentes de famílias tradicionais onde existia comunicação sobre a sexualidade tinham menor probabilidade de ter relações sexuais, do que as adolescentes filhas de “conservadores” que não falavam sobre questões relativas à sexualidade. Note-se que esse trabalho revela também que pais “liberais”, mesmo com comunicação fácil com os filhos sobre esta matéria, não diminuíram a frequência da actividade sexual nos adolescentes. Este resultado tinha sido verificado por Weinstein e Thornton (1989) para quem o afecto positivo entre os pais e os filhos pré-adolescentes aumenta a probabilidade dos valores familiares serem transmitidos com sucesso, quer sejam “liberais”, quer sejam “conservadores”. Fisher (1989); Miller, Dyk & Norton (1990) confirmam estas conclusões. Em todas as circunstâncias parece haver uma relação entre a supervisão parental dos valores da família e a probabilidade das adolescentes ficarem grávidas. Assim, Baker, Thalberg & Morrison (1988) assinalaram que as normas parentais explicam apenas 5% da variância no que se refere ao período etário em que a adolescente tem a sua primeira experiência sexual. A aprovação do pai sobre a actividade sexual dos filhos tem grande implicação naquela. Desse modo, além da análise das consequências relacionadas com a ausência ou presença do pai, é necessário também analisar os valores e a comunicação, assim como os níveis de supervisão parental (Miller & Moore, 1990).

A influência dos pares, tal como foi demonstrado em estudos sobre a delinquência, sobre abuso de drogas e sobre outros comportamentos, é também importante (Yamaguchi & Kandell, 1987). Newcomer, Gilbert e Udry (1980), nesta perspectiva, verificaram que o comportamento sexual e as atitudes relacionam-se mais com o que o adolescente entende como comportamentos e valores dos seus pares, do que com o modo como na realidade, estes últimos, se comportam. Esta relação com o comportamento dos pares tem aspectos

específicos dependentes da raça e da cultura. Billy e Udry (1985) assinalaram que o comportamento sexual das raparigas brancas era influenciado pelo comportamento da sua melhor amiga e que os rapazes brancos escolhiam os seus amigos em função da experiência sexual. Estas conclusões contrastam com as que estes autores verificaram em 1984 e 1985 relativas aos adolescentes negros que parecem não ser influenciados pelo comportamento sexual dos amigos (Billy, Rodgers & Udry, 1984; Billy & Udry, 1985). Apesar destas variações mantém-se a afirmação que as adolescentes sexualmente activas são mais susceptíveis à pressão dos companheiros (Cvetkovich, Grote, Lieberman e Miller, 1978).

A importância dos factores culturais na actividade sexual do adolescente têm também merecido a atenção dos investigadores desta problemática. Assim, Miller e Moore (1990) valorizam as mudanças visíveis das características sexuais secundárias com o modelo prevalecente nos padrões culturais e sociais. Esta circunstância remete-nos para o papel das instituições sociais, especialmente a família e a igreja, cujo contexto normativo tende a controlar a sexualidade. Estes autores destacam a acção dessas normas sobre a sexualidade dos adolescentes e afirmam que a controla de três modos. Em primeiro lugar desenvolvem uma perspectiva específica do significado, em segundo lugar utilizam normas sobre o comportamento sexual no desempenho dos papéis institucionais, como processo de controlo informal e, por fim, estabelecem as regras da aplicação dessas normas que constroem o comportamento sexual através do medo e das sanções institucionais.

A religião tem sido fortemente relacionada com a vida sexual na adolescência, como constataram Forste e Heaton (1988) com jovens adolescentes entre os 15 e os 19 anos, para quem a religião era importante. Quando estes adolescentes pertenciam a uma dada convicção religiosa tinham menor probabilidade de ter relações sexuais. Resultados semelhantes foram verificados por outros estudos que mostraram menor probabilidade de terem relações sexuais as adolescentes membros de igrejas que fomentam a abstinência sexual antes do casamento, quando comparadas com adolescentes de outras convicções religiosas. O número de relações antes do casamento é mais elevado em adolescentes sem filiação religiosa. O efeito da relação actividade sexual/convicções

religiosas é no sentido de os adolescentes que já iniciaram a vida sexual serem os de menor empenhamento religioso (Miller & Olson, 1988; Thornton & Camburn, 1987).

O estatuto sócio-económico está também relacionado com a actividade sexual precoce e com a gravidez na adolescência. À medida que aumenta o nível de pobreza, aumenta a taxa de actividade sexual e de gravidez precoce (Hogan & Kitagawa, 1985; Moore et al., 1986). Este efeito relaciona-se com a falta de opções e de alternativas desejáveis para o futuro e parece depender das práticas de supervisão familiar e das normas da comunidade.

Ainda como condicionante social podem existir os factores raciais. Em estudos realizados nos EUA, com populações negra e branca, observaram-se algumas diferenças. No entanto, torna-se necessário analisar todos os factores sociais para decidir da importância da componente racial. Miller & Moore (1990) salientam por isso a necessidade, em todas as circunstâncias, de se investigar a influência de factores individuais, familiares e comunitários.

2.2 Gravidez e Maternidade na adolescência

Franklin (1988) realizou uma revisão da literatura sobre a gravidez na adolescência e concluiu que a maioria das pesquisas feitas se orienta para as respectivas consequências mais frequentes do que para as condicionantes de ordem cultural, sociológica e ambiental. O autor chama a atenção para a importância da iniciação precoce como antecedente da gravidez da adolescente.

No passado, a gravidez foi vista como um problema exclusivamente biomédico. Contudo, pensa-se hoje que houve uma sobrevalorização destes factores biológicos e médicos, que sendo importantes quando a adolescente é muito jovem (entre os 12 e os 16 anos), nem sempre se verificam em adolescentes com idade superior a 16 anos, em que a gravidez é mais frequente (Lamb, 1988). Esta verificação é também detectável nos estudos portugueses de prevalência da gravidez na adolescência (INE, Estudos Demográficos, 1996).

O estudo sobre o risco de gravidez na adolescência deve contemplar o contexto sócio-cultural em que for realizado e não apenas a idade da adolescente. Esta interacção levou Franklin (1988) a salientar a necessidade de organizar os diversos níveis em que se colocam os factores que actuam e as relações existentes entre cada um. Esta interacção do nível individual, familiar e social permitiu que este autor sugerisse a aplicação do modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979). Este modelo permite sublinhar a interacção das características dos indivíduos nos seus ambientes e assim clarificar a importância dos diversos factores na gravidez e na maternidade, bem como estruturar estratégias de protecção individual e colectiva dos adolescentes (Lamb, 1988).

Para uma correcta aplicação do modelo ecológico no estudo desta problemática, procuramos analisar os factores condicionantes dos níveis individual, familiar e social, salientando que frequentemente são cumulativos e se combinam entre si. Também se pode desde já concluir que a extrapolação de trabalhos realizados em subgrupos culturais em diferentes contextos sociais deve ser feita com cuidado pela variabilidade e pela especificidade desses factores. Na aplicação que faremos deste modelo ecológico à análise dos resultados do estudo empírico iremos estabelecer critérios próprios de definição de nível, sempre que não for imediata a caracterização respectiva. Definiremos, assim, três níveis para a análise da problemática da gravidez e da maternidade na adolescência, como já antes tínhamos enunciado. Consideramos, pois, o nível individual, o familiar e o social, perspectivando-os segundo o modelo de Bronfenbrenner que discutiremos adiante. A valorização dos factores relacionados com a gravidez e maternidade na adolescência orientou a respectiva pesquisa bibliográfica. Não abordaremos, como implica a perspectiva ecológica, os aspectos representacionais ou simplesmente as “ideias” das adolescentes sobre o conceito de gravidez e de maternidade. Tal estudo era difícil de realizar no âmbito desta pesquisa, embora algumas indicações sobre tais conceitos possam extrair-se da análise de conteúdos das entrevistas realizadas. Deste modo, foram outros os factores analisados e que orientam o respectivo estudo teórico.

2.2.1 Nível individual

A descrição das características individuais das adolescentes é sem dúvida factor de grande importância na compreensão geral deste problema. Já anteriormente verificamos alguns condicionantes individuais que motivaram a relação sexual precoce, factor fundamental para que a gravidez aconteça. Salientamos *serem poucas as adolescentes que assinalavam querer ficar grávidas quando iniciaram a sua vida sexual*. De facto, adolescentes com 17 anos ou mesmo mais jovens, *assinalaram não pensar na gravidez* - 1 em 10 para as adolescentes brancas e 1 em 5 nas adolescentes negras - (Moore et al., 1989). *Esta verificação confirma o estudo longitudinal de Testa em 1987, concluindo que a gravidez é acidental em 84,9% das mães adolescentes negras, em 72% das mães adolescentes brancas e em 64,2% das mães adolescentes hispânicas*. O trabalho de Cvetkovich et al. (1978) sugeriu que a grande dependência do adulto, a infelicidade e o desejo de afecto conduziriam ao coito precoce e à gravidez. Contudo, Franklin (1988) conclui que a adolescente deverá ter pensamento ao nível das “operações formais” através do qual antecipe cognitivamente as consequências do seu comportamento sexual, avalie os efeitos e actue de forma a obter melhores resultados e evitar a gravidez. Este autor chama a atenção para o “egocentrismo” característico da adolescência que pode reflectir a atitude de se sentir especial, único e invencível e para quem os “males” só acontecem aos outros. Bachrach e Mosher (1984) afirmam que metade dos adolescentes entre os 15 e os 19 anos referem não utilizar qualquer método de contracepção na primeira relação sexual. Em 1989, Mosher e Horn verificaram que das jovens com idades entre os 15 e os 24 anos, que fizeram primeira consulta de planeamento familiar com médico particular ou numa clínica, durante o ano de 1982, 73% só o fizeram 23 meses depois da primeira relação sexual. Moore et al. (1989) calcularam ser de 10 a 20% as adolescentes sexualmente activas que não utilizam qualquer método contraceptivo nos EUA. A utilização de métodos contraceptivos hormonais (pílula) é o método mais eficaz, mas é também o mais caro e envolve contacto com o médico. Muitas adolescentes consideram-no também prejudicial (Hayes, 1987). Saliente-se que Jones e Forrest em 1989 verificaram que 18% das adolescentes não brancas e 9% das brancas ficaram grávidas nos primeiros 12 meses da utilização da pílula. A utilização de outros métodos (“coito interrompido”, “duche vaginal” e “diafragma”) não oferecem protecção eficaz.

Os dados de diferentes investigações sugerem que houve um aumento significativo da utilização do preservativo a partir da segunda metade dos anos 80 (Miller & Moore, 1990). No entanto, 4 em cada 10 jovens não utilizaram qualquer método ou utilizaram métodos pouco eficazes na primeira relação e 2 em cada 10 nas relações ocorridas posteriormente (Sonenstein, 1989). Para se compreender a razão dos adolescentes adiarem a iniciação à contracepção é indispensável saber o que significa tal facto para um adolescente. Miller e Moore (1990) consideram que, no nível mais básico, a adolescente tem de ter consciência do que significa ser sexualmente activa, ao mesmo tempo reconhecer que a relação sexual conduz à gravidez e que esta pode ser prevenida pelos métodos de controlo de natalidade. É importante compreender a necessidade de negociar com regularidade os métodos de contracepção com o parceiro e ter em atenção, a vigilância permanente desses métodos em cada relação sexual. Estes autores salientam ainda que é um processo muito complexo, o que pode explicar o fraco comportamento dos adolescentes em face da contracepção. Por isso, a investigação sobre esta problemática não tem sido conclusiva. Se o reconhecimento sem sentimento de culpa da sexualidade activa pode induzir à utilização de contraceptivos, o acesso a qualquer dos métodos é mais fácil nos adolescentes mais velhos e nos adultos. Este facto verifica-se, não só por estes adolescentes terem mais informação, incluindo o local onde podem obter esses meios, como também por terem menos receio que os pais tomem conhecimento da contracepção, por terem mais fácil acesso a dinheiro para os obter e, finalmente, por terem maior possibilidade de planear a primeira relação sexual (Cvetkovich & Grote, 1981). Hayward et. al. (1992) verificaram que com a idade, o risco de gravidez diminui porque uma adolescente mais velha faz um planeamento mais eficaz, utiliza regularmente os contraceptivos e planeia frequentemente o completar da escolaridade, o casamento e a gravidez. Estes factos justificam a maior probabilidade de gravidez não planeada na adolescente mais nova (Held, 1981).

O papel e a responsabilidade do parceiro são factores igualmente críticos no uso da contracepção. Hofferth (1987a) verificou existir contracepção continuada nos adolescentes com uma relação amorosa estável e pôde também apurar que um grande número de adolescentes sexualmente activas refere depender da decisão do parceiro sobre o uso da contracepção. Ora, a maioria dos adolescentes do sexo masculino é má

utilizadora de contraceptivos (Finkel & Finkel, 1975; Cvetkovich & Grote, 1976). Esta verificação é apoiada pelo estudo realizado com estudantes do sexo masculino que indicou ser elevado o número dos que mencionam ter tido pelo menos uma vez relação sexual sem protecção (Clark, Zabin & Hardy, 1984).

Miller e Moore (1990) consideram que a actividade sexual é mais frequente em adolescentes com problemas académicos e baixas expectativas educativas, pelo que a irregular utilização dos métodos de contracepção as torna mais susceptíveis para a ocorrência de gravidez. Diferentes autores consideram o mau desempenho na escola como causa da maternidade muito precoce (Goldfarb et al., 1977 & Rindfuss & St. John, 1983). O desempenho académico, como indicador da idade do nascimento do primeiro filho, é sugerido por estudos sucessivos de Rindfuss et al. (1980 e 1983). De facto, Furstenberg, em 1976, verificou que as mães solteiras tinham menos um ano de escolaridade que os pares, dando suporte ao que dez anos antes Keeve (1965) e Bowerman et al. (1966) sugeriram quando relacionaram a pouca ambição educacional e o abandono escolar com a gravidez na adolescência. Robbins et al. (1985) consideraram que as experiências académicas não justificam a ocorrência de gravidez, mas condicionam os recursos, a atenção parental e a capacidade da adolescente para a aceitação da autoridade do adulto que, no conjunto, podem aumentar o risco de gravidez. Lamb (1988) refere, no entanto, que devem ser considerados dois grupos relacionados com esta problemática. Num grupo, a gravidez precipita o abandono escolar e, no outro, o abandono escolar antecede a gravidez.

Robbins et al.(1985) assinalam que Cvetkovich & Grote (1980) encontraram níveis de auto-estima mais elevados nas raparigas virgens. Por sua vez, os rapazes sexualmente activos têm também a auto-estima mais elevada se fazem regularmente contracepção. A literatura descreve ainda uma baixa auto-estima como factor de risco da mãe adolescente (Young, 1954; Malmquist et al., 1969; Abernathy, 1974, Patten, 1981). Porém, Robbins et al.(1985) consideram, todavia, que estas observações podem indicar que a baixa auto-estima seja consequência de uma gravidez não desejada e do respectivo estigma social. Barnett et al. (1991) sugerem que a baixa auto-estima pode fomentar sentimentos de incapacidade e de desespero que conduzem à actividade sexual e à gravidez, mas

alertam para a possibilidade de poder ser tanto uma causa como uma consequência daquele facto. Estudos de adolescentes grávidas com idade inferior a 17 anos mostraram que a baixa auto-estima estaria mais relacionada com o insucesso escolar das adolescentes e que os resultados mais elevados de auto-estima se encontravam nas adolescentes mais velhas que percepcionam maior suporte durante a adolescência (Held, 1981).

Harper & Marshall (1991) e Robinson & Frank (1994) realizaram estudos sobre a auto-estima e a actividade sexual em ambos os sexos, como também sobre a gravidez com ou sem maternidade/paternidade. Os autores verificaram não haver diferenças nos níveis de auto-estima dependendo exclusivamente da actividade sexual, ou seja outras experiências e objectivos podem justificar a diminuição de auto-estima. Estes resultados tinham sido apontados por Robbins et al. (1985) e Dunst, Vance & Cooper (1986) quando verificaram que as pressões sociais, como o nível sócio-económico e o “stress” escolar e familiar, podem justificar baixa auto-estima, tendo essas pressões sociais efeito “sinérgico”, podendo conduzir à gravidez precoce. Verificaram ainda locus de controlo interno nas adolescentes, quando a rede social fornecia uma grande variedade de suportes.

A importância da doença mental e da saúde física das adolescentes sexualmente activas é necessariamente grande. Por isso, Stiffman et al. realizaram em 1987 um estudo com adolescentes entre os 13 e os 18 anos e verificaram que as adolescentes sexualmente activas com ou sem história de gravidez tinham um elevado número de problemas de saúde mental, como a depressão, a ideia de suicídio, o abuso e a dependência de drogas. Tinham também maior probabilidade de se envolver em comportamentos problemáticos. Contudo, em 1990, Stiffman verifica existir uma relação com as desvantagens sociais e económicas, pelo que recomenda a necessidade de análise do meio familiar e social, quando se pretende estudar este tipo de problemas.

Os riscos fisiopatológicos indicam que as complicações obstétricas são mais frequentes na adolescente (Gill et al, 1989 e Ventura et al, 1991). As principais patologias obstétricas detectadas foram: a toxemia, a anemia, a infecção urinária e o descolamento prematuro da placenta (Silva, 1983 e Maia et al., 1991). Aroso et al. (1990) relacionam o

aumento de risco de toxemia e de anemia na grávida adolescente com a alimentação inadequada, o que foi reforçado por Ventura (1991) que verificou que as patologias nas grávidas adolescentes eram consequência do nível sócio-económico reflectidas nos hábitos alimentares. Por isso, Lourenço (1996) assinala que quando a gravidez é acompanhada de boas condições médicas, incluindo o acompanhamento pré-natal e o acompanhamento psicológico, não constituirá risco para a saúde da jovem e do seu filho.

2.2.2 Nível familiar

Numerosos estudos sobre a influência do estatuto económico e da dimensão familiar nos padrões de fertilidade demonstram uma associação positiva (Easterlin, 1969, 1973; Thornton, 1978). Este último autor verificou mais tarde não existir evidência directa de transmissão intergeracional das normas de fertilidade, concluindo que haveria outros factores determinantes exteriores à família parental. Tal verificação não invalida que os antecedentes sociais da família, a estrutura e os padrões de fertilidade dos irmãos estejam fortemente associados com a gravidez na adolescência, particularmente evidente nas famílias com baixos rendimentos, pai ausente e irmãos nascidos fora do casamento (Hogan & Kitagawa, 1985). No mesmo ano Robbins et al. (1985) *verificaram que o baixo nível sócio-económico é um factor de risco de gravidez na adolescência "intermédia" e "final"*.

Como já foi enunciado, o início da actividade sexual, como consequência da diminuição da supervisão nas famílias mono-parentais e naquelas em que os pais trabalham fora de casa, a probabilidade de ocorrer gravidez nas adolescentes é maior, pela possibilidade da relação sexual poder ocorrer durante o dia em casa da família (Zelnik & Kantner, 1980). Zongker (1977) afirma ter importância nas altas taxas de fertilidade em adolescentes, o impacto da ausência de pai porque, por esta via, elas podem procurar a atenção masculina nas relações sexuais precoces. Gottschalk, Titchener e Piker (1964) tinham verificado uma relação entre o "lar desfeito" e a gravidez em adolescentes, concluindo que a ausência de pai era o factor mais importante para as adolescentes brancas e a morte de um familiar para as adolescentes negras. Bronfenbrenner (1986) chama atenção para estes "acidentes", isto é para as situações de transição, que designou como não-

normativas e que ocorrendo ao longo do tempo podem ter influência nas mudanças do desenvolvimento.

Algumas pesquisas estudaram também a ausência de pai e o número de irmãos, de forma a explicar as dificuldades económicas relacionadas com o risco de gravidez (Furstenberg, 1976; Goldforb et al, 1977; Hogan & Kitagwa, 1985). Em 1985, Robbins et al. concluíram que as adolescentes de famílias muito numerosas e com responsabilidade nas tarefas domésticas, assumiram precocemente comportamentos do adulto, incluindo a actividade sexual. Estudos empíricos conduzidos por Barnett et al. (1991) voltam a responsabilizar o comportamento familiar inconsistente e não coeso nos comportamentos sexuais da adolescente, salientando maior risco nas que pertencem a famílias em conflito. A ruptura do sistema familiar pode encorajar a adolescente a procurar outros objectos de “amor” para compensar a falta de atenção (Fox & Inazu, 1980). Este objecto de “amor” pode ser o parceiro ou a criança pelo que a adolescente procura um sentimento de segurança com a gravidez (Landy et al., 1983). Barnett et al. (1991) verificaram que as adolescentes grávidas pertenciam, segundo elas, a famílias com menor harmonia, com baixos padrões de comunicação e com menor controlo familiar. Advertem, todavia, que a falta de controlo é anterior à gravidez ou que, muitas vezes, a família desenvolve esta característica depois de tomar conhecimento que a jovem está grávida. Em posição diferente situam-se as conclusões de Romig & Bakken (1990) que salientam que as famílias mais rígidas podem contribuir para o risco de gravidez, levando a adolescente a procurar autonomia por este caminho. Esta afirmação confirma as observações de Fox et al. (1980) e de Chilman (1985) de que as famílias com união e coesão moderada têm adolescentes com menor risco de assumir comportamentos sexuais irresponsáveis. Por outro lado, um estudo de Cervera (1994) mostra que algumas famílias se reorganizam e que ocorrem mudanças favoráveis na coesão ao longo da gravidez da adolescente.

2.2.3 Nível Social

A instituição que historicamente tem sido relacionada com a “promoção” da gravidez precoce na comunidade negra dos EUA é o sistema de segurança social. Esta abordagem confirma que as mulheres, que usufruem de segurança social, têm filhos com o propósito de beneficiarem de subsídios e que o apoio financeiro à mulher pobre contribui para o

aumento da dissolução marital e do número de casos de dependentes (Franklin, 1988). Em sucessivos trabalhos não se confirmou esta associação entre os níveis de benefícios e o número de nascimentos de filhos de mães solteiras (Fechter & Greenfield, 1973; Placek & Hendershot, 1974; Presser & Salzberg, 1975 e Moore & Caldwell, 1977).

A relação entre o estatuto sócio-económico do parceiro levou Furstenberg (1976) a afirmar que as adolescentes tinham maior probabilidade de casar se o parceiro fosse empregado a tempo inteiro. De igual modo, Franklin (1988) estabeleceu uma relação entre a participação do trabalho e o nascimento do primeiro filho e verificou que as mulheres que são mães mais tarde tiveram possibilidade de trabalhar durante mais tempo e desenvolver aptidões profissionais diferenciadas, o que permite concluir que a gravidez precoce é um factor negativo na ascensão sócio-económica. Tal verificação completa os resultados da análise feita em 1986 por Kasarda, Bill e West concluindo que as oportunidades educativas e ocupacionais estão fortemente associadas com as respostas reprodutivas em sentido inverso. A agravar esta situação, a verificação de Cherlin (1981) demonstrou maior probabilidade das mulheres dependentes de subsídios sociais se relacionarem com homens de meios ou recursos económicos mais limitados. Se os subsídios estatais parecem estimular o nascimento de crianças poder-se-á talvez concluir que políticas sociais descontextualizadas podem aumentar os níveis de pobreza. Estas verificações conduziram às análises que têm sido feitas sobre o que se pode chamar a “cultura da pobreza”. Durante os anos 60, estas análises pretendiam afirmar que existia um jogo de condições que perpetuava a pobreza de geração em geração (Lewis, 1966). Os aspectos de nível social ou de outros níveis podem estar, numa perspectiva ecológica, na origem ou não de eventos ou acções psicológicas. Como afirmou Bronfenbrenner (1979), um determinado factor pode estar ou não na origem de outro. Isto quer dizer que os factores por vezes ligados à gravidez podem ser “causa” ou “efeito”, consoante a existência e da acção de outros factores e de preferencia em função do modelo de pensamento dominante no meio envolvente.

Duncan (1984) e Hill (1984) salientam que uma pequena percentagem da população é cronicamente pobre, ainda que Bane e Ellwood (1983) tivessem afirmado ser prudente a análise da duração da pobreza, pois alguns inquiridos podem estar ou a sair de um

período de longa duração ou a iniciar um período longo de pobreza. Bowen, Johnson, Wulczyn, Stagner e Richman (1985) afirmam ser a dependência de subsídio o melhor indicador de pobreza, o que leva Furstenberg et al. (1987) a afirmar que as adolescentes tendem a manter a situação de pobreza após o parto. Klerman em 1994, a propósito da eficácia dos programas intervencionistas afirma que a situação de pobreza é apontada como uma das possíveis causas de uma actividade sexual mais precoce e, por conseguinte, da maternidade na adolescência. A situação de pobreza é em si uma consequência dos desequilíbrios sociais que caracterizam as comunidades carenciadas. Por isso, não surpreende a verificação de ser nas comunidades com menos recursos e com maior densidade populacional que a probabilidade de os adolescentes se mostrarem mais permissivos e promíscuos e a gravidez na adolescência mais frequente (Abernathy, Robinson, Balwick & King, 1979). Observação idêntica foi feita em adolescentes que vivem em zonas rurais adjacentes às grandes cidades (Hayward et al. 1992). Gordon (1996) assinalou a importância de factores culturais e sociais (raça, nível sócio-económico, religião) nos estudos da problemática da gravidez e da maternidade na adolescência, cujos efeitos foram ignorados no passado.

2.3 Resposta à gravidez na adolescência

A resposta à situação de gravidez na adolescência tem sido objecto de estudo, por se saber que tem consequências pessoais, familiares e sociais. A interrupção voluntária da gravidez, em adolescentes entre os 15 e os 19 anos, aumentou nos EUA de 29% em 1974 para 42% em 1985. No mesmo ano, o casamento diminuiu consideravelmente nas adolescentes que optaram levar a gravidez a termo (Miller e Moore, 1990). Barnett et al. (1991), comparando adolescentes sem história de gravidez com adolescentes grávidas, verificaram que o casamento foi mais frequente nas grávidas. O casamento nestas circunstâncias explica o “afastamento” em relação aos pais e o consequente baixo estatuto sócio-económico por falta de suporte familiar. As opções que se colocam a uma adolescente grávida são o recurso à interrupção voluntária da gravidez, o casamento com o companheiro ou com outra pessoa como alternativa e, por fim, a entrega para adopção se de todo não lhe for possível educar a criança. Ora, alguns estudos (Brazzell & Acock, 1988 e Marsiglio & Menaghan, 1990) parecem mostrar que a decisão para a gravidez não planeada depende muito dos amigos próximos e dos pais da adolescente. Em todos

os casos, como acontece em Portugal, os resultados deste tipo de investigação devem ser considerados com alguma reserva, pelo facto de não haver registo de todas as situações de aborto e de adopção. Esta reserva é extensiva a outros países como os EUA, por razões idênticas (Miller e Moore, 1990). A resposta à gravidez depende dos recursos disponíveis, das aspirações educacionais e do suporte familiar e social (Murry, 1995). Vamos analisar, em função dos dados descritos anteriormente, alguns desses estudos sobre as respostas à situação de gravidez na adolescência.

2.3.1 Interrupção da gravidez

A decisão de interrupção voluntária da gravidez parece ser influenciada por motivos de natureza pessoal, familiar e social.

Yamaguchi & Kandell (1987), Prater (1995) relacionam a decisão de interrupção voluntária da gravidez com nível de escolaridade, sucesso escolar e expectativas académicas da adolescente grávida, concluindo que, quanto mais elevadas são essas variáveis, maior é a probabilidade de aborto. Yamaguchi & Kandell (1987) verificaram, ainda, que a interrupção voluntária da gravidez não planeada é mais frequente nas adolescentes que consomem drogas ilícitas. Eisen et al. (1983) salientaram que as adolescentes solteiras que casam durante a gravidez parecem recorrer menos ao aborto, considerando que o suporte familiar é um factor muito importante na decisão da interrupção voluntária da gravidez. Reforçam este ponto de vista Brazzell e Acock (1988) afirmando ser especialmente decisivo o suporte dado pela mãe, pelas irmãs e amigos mais chegados. Recentemente, Murry (1995) concluiu serem as adolescentes que decidiam interromper a gravidez, as que estavam menos satisfeitas com a educação sexual que tinham recebido.

2.3.2 Casamento

Alguns autores afirmam, nos estudos que realizaram, que as adolescentes casadas têm menor assistência da família e, por outro lado, têm menor probabilidade de escapar à pobreza (Furstenberg, Brooks-Gunn & Morgan, 1987). Esta observação pode reflectir o efeito selectivo da auto-suficiência económica para a decisão de casamento. Marsiglio (1987) verificou no seu estudo que as mães adolescentes brancas assumiam a decisão de

casar se tivessem vivido com ambos os pais, pelo menos até aos 14 anos, com educação católica e vivendo numa zona rural. Verificou ainda que as adolescentes mais velhas optam por coabitar e as que têm parceiro possuidor de um diploma escolar optam por casar. Como já foi referido, Lamb et al. (1986) e Lamb (1988) verificaram nas suas pesquisas que as adolescentes casadas após a concepção tinham deixado prematuramente a escola e limitavam assim o seu potencial económico. Não encontraram, todavia, associação significativa entre o estatuto matrimonial das jovens no momento da concepção e a história de uso de drogas, de abuso físico e sexual, de incidência de gravidez na adolescência e de dissolução marital nas famílias de origem. No entanto, verificaram também que as adolescentes casadas antes da concepção e os seus familiares aceitam melhor a gravidez precoce mesmo quando não era planeada. O casamento precoce pode conduzir à desistência escolar e agravar a situação de pobreza por facilitar o alargamento do tamanho da família. Todavia, se o parceiro tem situação profissional equilibrada o casamento é um meio para deixar ou evitar a pobreza. Prater (1995) chama a atenção para o facto das mães adolescentes com filhos fora do casamento, se optarem ulteriormente por casar, poderão ter maior probabilidade de realizar casamentos instáveis.

O casamento na adolescência pode ser em si uma situação frágil, constatando-se que os pais adolescentes que não casaram têm com maior frequência uma relação mais estável e melhores perspectivas económicas. Contudo, Dunst, Vance, & Cooper (1986) verificaram que, do ponto de vista pessoal, as adolescentes grávidas casadas sentem maior bem estar, maior locus de controlo interno e referem maior satisfação, com a ajuda dos membros da rede de suporte informal.

2.3.3 Entrega para adopção

As adolescentes que entregam o filho para adopção parecem ser menos dependentes da influência do parceiro e parecem ter maior nível escolar do que as adolescentes solteiras que decidem educar os filhos (Prater, 1995). Na decisão de entregar o filho para adopção é, de acordo com alguns estudos, importante a influência da mãe da adolescente (Resnick, 1984). Num estudo no Minnesota, realizado por Resnick, Blum, Bose, Smith & Toogoo (1989), os autores verificaram que a opção de adopção é tomada mais

frequentemente por adolescentes de famílias economicamente favorecidas, com maiores aspirações educativas e a viver com ambos os pais. Estes resultados foram confirmados por Prater (1995) que verificou ser alta a percentagem de adolescentes que entregam os filhos para adopção quando um elemento familiar foi também adoptado.

Entrevistando retrospectivamente mães que educaram ou que entregaram os filhos para adopção, McLaughlin (1988) verificou que, as que optaram pela adopção, tinham maior probabilidade de completar os estudos liceais e de frequentar cursos de formação vocacional. Nesta circunstância era maior a frequência de início de trabalho, 6 a 12 meses após o parto. Para mães com mais habilitações académicas não houve diferença significativa na decisão de educar o filho ou de o entregar para adopção. Murry (1995) sugere que as adolescentes grávidas com menores recursos económicos têm maior probabilidade de serem mães solteiras e de educarem os seus filhos.

2.3.4 Maternidade

A decisão da adolescente levar a gravidez a termo e de educar a criança pode, em alguns casos, ter consequências negativas para a mãe e para a criança.

2.3.4.1 Consequências para a mãe

As consequências da maternidade para a adolescente são de natureza biológica e de natureza psicológica.

Problemas de natureza biológica

As consequências de uma gravidez na adolescência, se não acompanhada correctamente do ponto de vista médico, podem traduzir-se na toxemia e na hipertensão. Estas situações patológicas conduzirão a doença crónica se não forem tratadas e evitadas, revelando poucos hábitos de saúde e de cuidados pré-natais (Liu, Slap, Kinsman e Khalid, 1994). Estas condições não estão relacionadas tanto com a idade da adolescente, mas antes com o seu estatuto social e educacional (Zuckerman, 1983). A verificação das razões que levam a mãe adolescente a procurar ou não os cuidados pré-natais foram estudadas por vários autores. Dunst, Vance & Cooper (1986) verificaram menor ocorrência de problemas no parto nas adolescentes com mais escolaridade, níveis

sócio-económicos mais elevados e com outros recursos intrafamiliares adequados. Parecem, pois, ser estas as razões que justificam a procura, tardia ou não, de cuidados em 49 mães adolescentes com idades entre os 13 e os 18 anos, entrevistadas por Lee e Grubbs (1995) numa unidade de cuidados primários de saúde. As justificações indicadas para procurarem os cuidados de saúde incluíam: "sentir-se doente"; "preocupação consigo mesma"; "o resultado do teste de gravidez" e "a insistência das mães das adolescentes". Ao contrário as razões indicadas para iniciar tardiamente os cuidados incluíam: "não reconhecimento dos sintomas da gravidez"; "medo da reacção dos pais"; "negação da gravidez" e "a falta de recursos económicos". Deste modo, se demonstra que as adolescentes grávidas, que iniciaram cedo os cuidados pré-natais, tinham maior conhecimento sobre a gravidez e dispunham de um suporte familiar adequado.

Problemas de natureza psicológica

A forma como a adolescente enfrenta a gravidez relaciona-se ainda com aspectos de natureza cognitiva, emocional e social. As jovens podem não estar emocionalmente e cognitivamente preparadas para o novo papel de mães em função do seu nível de desenvolvimento psíquico. Hanson (1990), no seu trabalho, descreve a adolescência "como um período de intenso desequilíbrio interno durante o qual há rápidas mudanças de desenvolvimento cognitivo". Deste modo, a circunstância de uma adolescente se tornar mãe pode aumentar aquele "desequilíbrio" pelos diversos tipos de "stress" que sobre ela poderão incidir. A transição para a maternidade requer mudanças no estilo de vida que segundo Smith (1994) podem levar ao afastamento dos pares. Paralelamente, as dificuldades económicas resultantes da maternidade aumentam a dependência em relação à família, o que contraria o natural desejo de autonomia. A desaprovação da família e um ambiente social ostracizante pode vir a agravar a instabilidade emocional das mães adolescentes que pode levar ao suicídio (Bayatpour, Wells & Holdford, 1992).

A actividade cognitiva será fortemente influenciada por uma gravidez no período de formação escolar. Ter tido uma criança durante a adolescência conduziu a 50% de redução da probabilidade de completar os estudos no período de 1979-87 em Espanha, segundo as estimativas do Instituto da Juventude. Confirmando estes dados, Jorgensen, King & Torry (1981); Moore et al. (1981) concluem que as mães adolescentes têm

menor probabilidade de terminar o ensino secundário. Mais recentemente Scott-Jones & Turner (1990) realizaram um estudo para verificar se a gravidez na adolescência teria impacto no percurso de vida. Utilizaram três grupos de idades (20-24 anos; 25-34 anos e 35-44 anos) e avaliaram as diferenças na educação de jovens com e sem história de maternidade, tendo concluído que a gravidez na adolescência diminuiu o nível educacional e o rendimento na idade adulta. No entanto, o ganho na educação para as mulheres que adiaram a gravidez foi maior no grupo de mulheres mais velhas. Os autores acreditam que as diferenças se deviam aos respectivos contextos sócio-históricos. Assim, *o nível académico, o estatuto matrimonial e o tamanho da família parecem também afectar a capacidade da mãe adolescente para obter rendimentos suficientes* (Prater, 1995).

Mercer (1986) verificou que as mães adolescentes eram caracterizadas por elevado locus de controlo externo, menor empatia e expectativas pouco realistas acerca do seu papel na maternidade e que experimentavam grande ansiedade em relação à criança.

O comportamento psicológico da mãe adolescente está naturalmente relacionado com factores familiares e sociais pré-existentes. O suporte social consistente pode diminuir os efeitos negativos nas respostas às exigências acrescidas vividas pela mãe adolescente (Furstenberg & Crawford, 1978; Figley & McCubbin, 1983).

Por isso, as verificações de Dunst, Vance & Trivette (1986) puderam demonstrar maior eficácia de apoio informal do que de apoio de fontes formais. Brooks-Gunn & Chase-Lansdale (1995) descrevem a possibilidade de mudança na mãe adolescente entendida como uma crise, por ausência de reorientação familiar, pois após o nascimento a jovem mãe atravessa um período de maior dependência. De facto, *enquanto grávida a adolescente sofre mudanças e desempenha papéis que a fazem parecer menos madura. O nascimento da criança introduz novas mudanças na escola, no trabalho e nas relações sociais, desencadeando, como já foi referido, insucesso escolar, dificuldade em arranjar emprego e agravamento da situação económica*. Estas variáveis alteram o comportamento psicológico da mãe adolescente segundo padrões que anteriormente foram descritos para a situação da grávida adolescente. Sabemos, no entanto, que estas respostas têm uma especificidade individual a valorizar casuisticamente. A descoberta da

gravidez, as mudanças ao longo de toda a gestação e as consequências do nascimento da criança foram particularmente salientadas por Garbarino & Benn (1992) que consideraram estas mudanças, à luz do modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979), transições ecológicas. Deste modo, estas transições, no caso da grávida e da mãe adolescente, são alterações da sua posição no meio em função de mudanças de papéis ou de cenários.

Também o comportamento do companheiro é facto de extrema importância, na contextualização das respostas da adolescente à maternidade. O número de pais adolescentes é substancialmente inferior ao número de mães adolescentes (Lamb, 1988). O pai das crianças filhas de mães adolescentes era considerado “irresponsável”, pois deixava-as sozinhas a suportar os custos da gravidez e da maternidade em condições de agressividade familiar e social. No entanto, esta ideia é hoje menos generalizada, pois em algumas sociedades, como nos EUA, a exclusão do pai é considerada mais como uma consequência da atitude da família da mãe adolescente do que das políticas psicossociais. Por isso é que Cox e Bithoney (1995) verificaram maior empenho dos pais adolescentes quando assistiam às consultas pré-natais e tinham visitado o recém-nascido no hospital. Tal verificação reforça o ponto de vista, defendido por East & Felice (1996), segundo o qual devem ser programadas intervenções com a participação do pai da criança nos períodos pré, neo e pós-natal, o que poderá determinar uma paternidade activa a longo prazo.

Nakashima e Camp (1984) não encontraram diferenças significativas nas atitudes e características da mãe adolescente em função da idade do parceiro. Os pais mais velhos (mais de 20 anos) demonstraram apenas menor conflito marital.

O nascimento do primeiro filho é um período de transição muito importante, marcado por grandes mudanças, associadas à saúde mental e física da mãe, à satisfação com a gravidez e aos apoios e recursos disponíveis. No caso da mãe adolescente, a relação estabelecida com a família é de extrema importância salientando-se particularmente a figura da mãe. O empenho da jovem pela sua autonomia pode tornar esta relação mais coesa ou, pelo contrário, muito conflituosa. Muitas vezes a adolescente procura na mãe apoio e informações sobre a maternidade, porque não tem o suporte do parceiro. No

entanto, a mãe da adolescente pode também sentir-se mais implicada na gravidez porque o processo de autonomização da adolescente é difícil para ambas, ou porque está a preparar-se para ser novamente “mãe”, pois irá também assumir a educação da criança (Brooks-Gunn & Chase-Lansdale, 1995).

Brooks Gunn et al. (1995) consideraram que as jovens que estabelecem relações de autonomia com a mãe envolvem-se mais na resolução de problemas da criança. East & Felice (1996) verificaram, no seu estudo, que, com excepção das adolescentes muito jovens, o envolvimento intensivo das avós foi associado a pior desempenho da mãe e da criança, não querendo dizer, segundo as autoras, que as avós devam ser uma forma de ajuda a excluir. De facto, as mães adolescentes e os seus filhos pareciam ter melhores desempenhos quando existia o envolvimento activo da avó, desde que a adolescente e a criança não vivessem com ela.

2.3.4.2 Consequências para a criança

As consequências na criança, filha de uma mãe adolescente não constituem o objectivo do nosso trabalho empírico. Contudo, pareceu-nos importante conhecer as pesquisas realizadas por outros autores de forma a poder valorizar os nossos resultados no sentido de perceber da necessidade e do tipo de propostas de intervenção para as mães adolescentes e para as suas crianças.

East e Felice (1996) consideram que as crianças, filhas de mães adolescentes, têm, mais frequentemente, baixo peso ao nascer, maior mortalidade no primeiro ano de vida e prematuridade quando comparadas com crianças de mães adultas. O síndrome de morte súbita é seis vezes mais frequente nas filhas de mães adolescentes (Babsin & Clark, 1983). As consequências da gravidez na adolescência sobre a criança podem ser minoradas com acompanhamento obstétrico, especialmente dirigido aos cuidados nutricionais e de saúde materna como determinantes do crescimento fetal (Silva, Cabral & Zuckerman, 1993). Broman (1981) estabeleceu a relação entre a idade gestacional, o peso do recém-nascido, o Apgar e o nível sócio-económico da mãe, tendo concluído que a idade e os factores de natureza social influenciam o aparecimento de problemas no recém-nascido. East e Felice (1996) concretizaram esta relação, mostrando a ligação

existente entre os escassos cuidados pré-natais e o peso do recém-nascido. Mais importante que a idade da mãe é contudo o estatuto sócio-económico e o sistema de suporte da família, a estabilidade marital e os cuidados pré-natais (Roosa, Fitzgerald, & Carlson, 1982). As doenças da infância têm mais alta prevalência nestas crianças, assim como são mais frequentes os riscos de maus tratos e de negligência neste grupo de crianças (Smith, 1994).

De igual modo, os riscos psíquicos e comportamentais têm maior incidência na infância de filhos de mães adolescentes (Hechtman, 1989). Furstenberg (1976) constatou que estas crianças em idade pré-escolar foram descritas como "unable to complete the preschool inventory because of severe physical and psychological handicaps". Num estudo realizado por Hardy, Welcher e Standly (1987) verificaram que as crianças, filhas de mães adolescentes, com idade entre os 7 e os 12 anos revelaram QI mais baixos e resultados inferiores em provas de nível escolar. Os níveis de desenvolvimento cognitivo e linguístico são pois influenciados pelos factores individuais, familiares e sociais e incidem sobre a mãe adolescente, o filho e a interacção mãe-criança. Na avaliação das características da interacção mãe-criança (afecto maternal, reciprocidade verbal e harmonia na interacção) aos 13 e 20 meses de vida, Hann, Osofsky e Culp (1996) reconheceram a importância dos efeitos cumulativos de variáveis individuais, familiares e sociais no funcionamento cognitivo e na expressão linguística pré-escolar. Esta afirmação é apoiada na observação de Garcia-Coll, Hoffman, Van Houten & Oh (1987) que mostraram menores formas de comunicação, incluindo menor verbalização na interacção das mães jovens com os seus filhos, salientando que estas usaram com mais frequência o castigo físico. Esta mesma observação permitia concluir que estas crianças teriam maior probabilidade de relações familiares e apego disruptivos (Fraiberg, 1983; Lamb et al, 1987). As mães adolescentes parecem ter, segundo diferentes autores, menor frequência e qualidade nas vocalizações, sendo menos expressivas, fraca qualidade no jogo, menor reciprocidade e atitudes menos positivas em relação à criança (King & Fullard, 1982; Schilmoeller & Barnowski, 1985). Mais recentemente Culp, Culp, Osofsky, & Osofsky (1989) e Musick (1993) afirmaram que a mãe jovem sente-se mais triste e desanimada, tensa e preocupada com o dinheiro, perdendo controlo dos seus sentimentos em relação à criança. Frequentemente afirma não desejar ter mais filhos. Em 1995, Brooks-Gunn &

Chase-Landsdale indicaram que a mãe adolescente estimula menos a criança condicionando um ambiente mais restritivo e menos ajustado à aprendizagem. Osofsky et al. (1988, 1993) verificou que as mães muito jovens tinham maior dificuldade em regular os seus estados emocionais, evidenciando depressão e labilidade emocional, o que se reflectia na interacção com a criança, ficando assim a mãe menos disponível para o seu filho. Este facto justifica que a maioria das mães adolescentes classificassem os perfis de temperamento da criança como “moderadamente difíceis” ou “difíceis” nos trabalhos de Zeanah (1987) e de Benn e Saltz (1989).

Os padrões de relação parental e de auto-definição maternal podem levar a adolescente a sub ou sobrestimar o desenvolvimento da criança (Brooks-Gunn & Chase-Landsdale, 1995). Se a mãe adolescente tem pouca experiência com crianças pode considerar o filho difícil e atrasado no desenvolvimento. Por isso alguns autores consideram que os estádios de desenvolvimento da adolescente, enquanto mãe, interferem sobre a capacidade de ter empatia sobre a criança tornando-lhes mais difícil o reconhecimento desta como indivíduo (Klein & Cordell, 1987).

Durante a década de 80, a ligação entre a maternidade na adolescência e o abuso sobre a criança foi motivo de diferentes pesquisas (Miller & Moore, 1990). A mãe adolescente foi descrita como tendo expectativas pouco realistas sobre o desenvolvimento do filho por estar pouco esclarecida sobre as necessidades da criança e por acreditar no castigo físico (Bolton, 1980). Bolton, Laner & Kane (1980); Altmeier, O'Connor, Vietze, Sandler e Sherred (1984) e Miller (1984) não confirmaram a ideia de haver maior risco de negligência, nem de abuso de filhos de adolescentes, tendo Creighton (1985) no Reino Unido verificado que 35% de mães de crianças sujeitas a abusos e 30% de mães de crianças negligenciadas tinham menos de 20 anos na primeira maternidade, comparativamente com 10,7% das restantes mães.

Partindo da análise do contexto familiar de crianças que sofreram abuso e negligência, Zuravin (1988) constatou que o número global de filhos parece condicionar a frequência do abuso praticado pelas mães que tiveram o primeiro filho no início da adolescência. Verificou também que o número de filhos pode ter antecipado o efeito negativo do comportamento maternal porque significaria ter que dividir os já limitados recursos

materiais e emocionais, diminuir a possibilidade de casar e de obter suporte social do companheiro para a família.

A revisão realizada mostra não ser a idade da mãe que coloca a díade mãe-criança em risco. A maternidade não é, numa grande maioria das adolescentes, resultado de uma decisão única, mas antes a consequência não planeada de uma série de acontecimentos: início da vida sexual, desconhecimento ou não utilização de contracepção, abandono escolar, ausência de emprego e pobreza. Factores individuais, familiares e sociais interagem para condicionar o comportamento da adolescente em face da gravidez e da maternidade. Vamos estudá-los de forma separada, do individual para o social, embora, numa visão ecológica do desenvolvimento, seja necessário estabelecer os níveis de relação entre esses factores. De facto, factores que influenciam directamente as atitudes e os comportamentos de cada adolescente são, em muitos casos, consequência do perfil familiar e do contexto social em que estão inseridos. Tal circunstância justifica a aplicação do modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979) no método de estudo dos factores que encontramos e que serão apresentados nos próximos capítulos.

3. Abordagem ecológica

A perspectiva ecológica de Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner (1979) privilegia as relações dinâmicas e recíprocas que se estabelecem entre o indivíduo e o meio que o cerca (Bairrão, 1992).

Bronfenbrenner (1979) considera este modelo uma alternativa à psicologia do desenvolvimento tradicional. Deste modo, define a ecologia do desenvolvimento humano como o estudo científico da acomodação progressiva e mútua entre um ser vivo activo em crescimento e as propriedades dos cenários imediatos que envolvem o indivíduo. Assim, esse processo é afectado pelas relações entre os cenários e pelos contextos mais alargados em que os cenários estão envolvidos.

De acordo com a perspectiva ecológica, o desenvolvimento é um conjunto de processos de interacção entre as propriedades da pessoa e as propriedades do meio, tendo como resultado a constância ou a mudança das características da pessoa ao longo do seu desenvolvimento. Esta interacção, entre as propriedades do indivíduo e as propriedades do meio, é o suporte deste modelo de desenvolvimento humano (Garbarino & Abramowitz, 1992).

Baseado no trabalho de Brim (1975), Bronfenbrenner conceptualizou o contexto de desenvolvimento em termos de uma hierarquia de sistemas, de progressiva complexidade, estabelecendo quatro níveis: o microssistema, o mesossistema, o exossistema e o macrossistema (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner e Crouter, 1983).

Sublinhando a importância de outras pessoas no contexto imediato para o desenvolvimento de características pessoais, Bronfenbrenner (1979) define o microssistema como um padrão de actividades, papéis, relações interpessoais e experiências vividas pela pessoa em desenvolvimento, num dado cenário, onde estão inseridas outras pessoas com características distintas de temperamento, de personalidade e de sistemas de crenças.

O mesossistema, segundo o autor, compreende o desenvolvimento humano em função de ligações e de processos entre dois ou mais cenários, onde o indivíduo em desenvolvimento está inserido.

Do mesmo modo, o exossistema compreende ligações e processos entre dois ou mais cenários, em que pelo menos num deles o indivíduo não está inserido, mas onde ocorrem situações que influenciam os processos e o cenário onde o indivíduo em desenvolvimento está inserido e actua.

Finalmente, Bronfenbrenner (1979) considera que o macrossistema integra os sistemas anteriores e compreende os padrões de cultura e de sub-cultura dominantes, tais como os sistemas económicos, sociais, educacionais, de saúde, jurídicos e políticos.

Em 1981, Bronfenbrenner afirma que na pesquisa ecológica é desejável utilizar o método experimental com um fim heurístico, de forma a analisar a relação entre o indivíduo e o meio que o envolve. Estabelece, assim, que o objectivo da experiência ecológica é a descoberta ou a identificação das propriedades desses sistemas e dos processos que afectam e são afectados pelo comportamento e pelo desenvolvimento do indivíduo. Reconhece, ainda, que no modelo ecológico, a posição e a mudança do indivíduo em desenvolvimento, são contempladas em função de diferentes níveis de variáveis separadas e sobretudo em função das diferenças existentes entre os sistemas.

Esta experiência ecológica, para além de desenvolver uma base teórica, estabelece um conjunto de proposições, em que cada uma define um elemento de um sistema mais alargado, que, quando operacionalizado no trabalho empírico, pode servir para clarificar os processos de desenvolvimento e permitir a formulação de conceitos e hipóteses mais precisos e consistentes. Assim, podemos enunciar as proposições que permitem o estudo sistemático da interacção organismo-meio, no processo de desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 1981, 1989):

- Todo o estudo do desenvolvimento no contexto deve incluir o contraste entre pelo menos dois macrossistemas.

- O conceito de macrosistema inclui a sub-cultura onde o indivíduo foi educado, mas também a sub-cultura onde (o indivíduo) vive, isto é, as suas características pessoais e as características dos indivíduos com quem (o indivíduo) interage nos cenários imediatos de desenvolvimento.
- O macrosistema é definido como a estrutura e o conteúdo do sistema, com particular referência ao sistema de crenças, de recursos, de estilos de vida e de opções de cada um desses sistemas.
- A natureza e o poder do processo de desenvolvimento a nível do mesossistema ou do exossistema são influenciados pelo sistema de crenças e pelas expectativas existentes em cada cenário em relação a outros cenários.
- No conceito de microsistema, o indivíduo em desenvolvimento é visto como um agente activo que actua no processo de desenvolvimento que tem lugar nesse microsistema. O modelo de microsistema permite a avaliação da competência cognitiva, dos atributos sócio-emocionais e do sistema de crenças da pessoa em desenvolvimento. Permite ainda a avaliação e interpretação das características pessoais a partir do seu próprio ponto de vista, como também do ponto de vista de diferentes familiares, bem como da perspectiva de cultura(s) ou sub-cultura(s) onde o indivíduo foi educado e vive.
- Cada membro do microsistema influencia todos os outros membros, pelo que é importante ter em consideração a influência de cada relação em todas as outras relações.
- O grau de estabilidade, de consistência e de predictabilidade ao longo do tempo, em qualquer elemento do nível ou do sistema que constitui a ecologia do desenvolvimento humano, é crítico para a eficácia do sistema. Em termos de desenho do protocolo de pesquisa, esta proposição indica a importância de se avaliar o grau de estabilidade Vs. instabilidade, ambos relacionados com as características do indivíduo e do contexto em cada nível do contexto ecológico.

Bronfenbrenner (1979) introduz, assim, conceitos que vão abrir novas perspectivas “a nível da investigação e do estudo centrados nos contextos em que os fenómenos ocorrem” (Bairrão, 1992). Ao conceito de validade desenvolvimental está subjacente o princípio de que o desenvolvimento implica uma mudança que não se confina a um dado momento no tempo ou a uma situação específica e ainda está subjacente a necessidade de se utilizar “... um paradigma de investigação que não exclua o recurso de metodologias compósitas, ... , para além de metodologias quantitativas ...” (Bairrão, 1992).

O conceito de validade ecológica sublinha a necessidade de se ter em consideração as interpretações, as percepções e as representações que o indivíduo tem acerca das intervenções em que ele próprio participa. Bronfenbrenner (1979) considera que a validade ecológica é um objectivo a ser perseguido, abordado, mas nunca alcançado.

O conceito de transição ecológica explica a mudança de posição de uma pessoa no ambiente ecológico devido à mudança de papel, de cenário ou de ambos.

Os conceitos que este modelo definiu possibilitam novas abordagens a nível da investigação e do estudo centrados nos contextos do indivíduo em desenvolvimento. Assim, pareceu-nos pertinente considerar o modelo ecológico no estudo da gravidez e da maternidade na adolescência.

A contribuição do modelo ecológico facilita a compreensão das características individuais, familiares e sociais e do desenvolvimento físico e comportamental do indivíduo nas diversas fases da vida. Assim, a aplicação do modelo ecológico é, particularmente, facilitadora do estudo da adolescência por se tratar de um período de grande mutabilidade biológica e psicológica. O modelo ecológico permite ainda contextualizar o significado da relação familiar no período histórico, onde se assiste a modificações do tipo e da estrutura da família. Se nos apercebemos que estas mudanças traduzem as profundas alterações dos diversos componentes sociais que se inter-influenciam, de um modo muito marcado e cada vez mais global, ficamos com a percepção da utilidade de um modelo de trabalho com abordagens a vários níveis. A combinação das características individuais e do habitat é a ideia fundamental do que se pode chamar nicho ecológico humano. Neste nicho ecológico entrecruzam-se

oportunidades e riscos para o comportamento e para o desenvolvimento do adolescente. Estas relações tão complexas encontram na abordagem ecológico-sistémica, que engloba as variações individuais, da família, da comunidade e da sociedade, um processo de estudo e avaliação mais realista (Garbarino, 1985). Este autor propõe o modelo de Bronfenbrenner (1979) definindo assim, os seguintes quatro níveis para análise da adolescência:

O microssistema é o cenário imediato onde o adolescente se desenvolve, faz experiências e transforma a realidade. Na família, na escola ou no trabalho, com os pais, com os irmãos ou com os professores e pares, interage e partilha experiências. O adolescente vai, pois, realizando actividades cada vez mais complexas. A escola, a igreja e o local de trabalho incluem-se no microssistema que influencia directa e activamente a adolescência. Os adolescentes influenciam os componentes do microssistema e são por eles influenciados. Esta interacção é individual e dinâmica, pois varia casuisticamente.

O mesossistema caracteriza-se pelas relações entre os microssistemas onde o adolescente está inserido. Para avaliar a qualidade de um mesossistema é necessário saber o número e a natureza dessas ligações pelo que, quanto mais fortes e diversificadas forem (as ligações), mais poderoso será o mesossistema resultante com influência no desenvolvimento. O mesossistema casa-escola é provavelmente o mais importante na vida de um adolescente.

O exossistema é constituído por contextos que influenciam o desenvolvimento do adolescente, mas onde este não ocupa um papel activo e imediato. Inclui o local de trabalho dos pais e todos os recursos disponíveis na sociedade, tais como os conselhos escolares, as associações religiosas e de planeamento familiar, cujas decisões afectam o dia a dia do adolescente.

O mesossistema e o exossistema estão incluídos em padrões ideológicos e institucionais de uma cultura ou sub-cultura particular. Estes padrões constituem o macrossistema.

A maior influência no desenvolvimento do adolescente, a nível do macrossistema, resulta de mudanças políticas e sociais que ocorrem na sociedade. Apesar do adolescente lidar

com a realidade e poder actuar nos contextos imediatos, onde ocorrem as relações interpessoais (microssistema), e poder observar e agir nas ligações entre os diversos contextos (mesossistema) não tem uma interferência directa e objectiva nos contextos do exossistema e do macrossistema.

A perspectiva ecológica do desenvolvimento humano permite-nos ainda avaliar os riscos e as oportunidades do desenvolvimento do adolescente (Garbarino, 1985; Chase-Landsdale, Brooks-Gunn, Palkoff, 1991; Garbarino, Abramowitz, 1992).

Quando o microssistema está socialmente empobrecido pela existência de poucos participantes, de poucas interações recíprocas, de padrões psicologicamente destrutivos de interacção ou pela combinação destes três aspectos simultâneos, poderá ser uma fonte de risco de desenvolvimento. No entanto, pode ser também uma fonte de oportunidades de desenvolvimento se a interacção for equilibrada e positiva para o desenvolvimento, quando constituída por um grande número de familiares, vizinhos e amigos que criam oportunidades de experiências estimulantes.

O adolescente beneficia sempre que o mesossistema resulta de microssistemas concordantes. O mesossistema actua negativamente se os microssistemas actuarem em oposição ou em isolamento, colocando o adolescente numa situação de conflito de valores, estilos e interesses. A riqueza social do mesossistema do adolescente deriva do número e da qualidade das ligações entre dois ou mais cenários. Assim, os riscos do mesossistema definem-se em primeiro lugar pela ausência das ligações entre os cenários e, em segundo lugar, pelo conflito de valores entre diferentes microssistemas. Por oposição, quanto mais fortes, mais positivas e mais diversificadas forem as ligações entre cenários, mais benéfico será o mesossistema como influência no desenvolvimento do adolescente.

No exossistema as oportunidades e os riscos actuam nos diferentes microssistemas e através da acção podem enriquecer (oportunidades) ou empobrecer (riscos) o comportamento do adolescente. Uma e outra destas possibilidades podem resultar de decisões tomadas nesses contextos alterando o desenvolvimento significativamente sem que o adolescente estabeleça contacto directo com os agentes de acção. Estas decisões

podem ser tomadas a nível do trabalho, da habitação, das dotações orçamentais, dos transportes, dos direitos do cidadão e ainda de todos os aspectos que modificam o microssistema do adolescente.

Os riscos do macrossistema podem surgir a nível das ideologias ou culturas que conduzem ao empobrecimento das relações do adolescente no microssistema, no mesossistema e no exossistema. Pelo contrário, as oportunidades conduzem ao desenvolvimento pela promoção dos restantes sistemas ecológicos. Assim, os riscos de desenvolvimento são os padrões ou acontecimentos sociais que podem diminuir a capacidade e a disposição do adulto em lidar com o adolescente. As oportunidades de desenvolvimento são os padrões que promovem no adolescente a vontade de aprender, de ser competente e de ser responsável (Garbarino, 1985).

Garbarino & Abramowitz (1992) identificam duas fontes de riscos sócio-culturais que influenciam as características do microssistema, do mesossistema, do exossistema e do macrossistema. A primeira, o “empobrecimento social”, é a ausência de recursos no ambiente social do indivíduo e, a segunda, “o empobrecimento cultural”, é o conjunto de valores ou de pontos de vista que influenciam a competência do indivíduo. Estas formas de empobrecimento têm a sua maior expressão no conteúdo e no processo dos sistemas de suporte formais e informais do ambiente familiar.

O empobrecimento social e cultural surge quando as funções dos sistemas de suporte estão “enfraquecidas”, “desgastadas” ou “destruídas”. Estas influências podem ser exercidas a nível do microssistema, do mesossistema, do exossistema e do macrossistema, por atitudes e valores que isolam o indivíduo da sua comunidade, por pressões institucionais e sociais que impedem que as relações de suporte surjam ou se mantenham.

Reflectir sobre a influência de riscos sócio-culturais implica pensar no modo como os pais são apoiados e encorajados. Assim, à medida que os riscos individuais aumentam, maior é a importância dos recursos sócio-culturais disponíveis na comunidade. Deste modo, a comunidade e a vizinhança têm um papel fundamental na forma como o indivíduo se adapta aos outros e às situações (Garbarino, Galambos, Plantz & Kostelny,

1992). As características da comunidade e as decisões das estruturas dessa comunidade afectam significativamente os recursos e as experiências do indivíduo, em qualquer idade.

A vizinhança, as oportunidades recreativas, os serviços de saúde e os serviços sociais, as escolas, as condições económicas e as oportunidades de desenvolvimento de relações de suporte são factores que afectam o indivíduo e a sua família. As necessidades e pedidos do indivíduo e da família vão por sua vez modificar e influenciar o suporte e a resposta dos serviços existentes na comunidade. De acordo com a abordagem ecológica devemos, então, considerar os efeitos directos e indirectos sobre o ambiente familiar, isto é, devemos considerar o impacto da comunidade nos microssistemas e avaliar o efeito da influência da comunidade na relação da família com outros contextos. Esta relação entre sistemas - o mesossistema - tem um papel importante por influenciar o dia a dia da família e a relação família/escola com a educação do adolescente. O modelo ecológico leva-nos, pois, a questionar o modo como a família é “tratada” pelas instituições da comunidade - o exossistema. A comunidade pode ainda ser analisada como uma estrutura que inclui as ideologias e as crenças do sistema mais alargado - o macrossistema. Os efeitos da comunidade ultrapassam as características do indivíduo (individual) e têm efeito sobre as características da família (familiar). A economia, as características (urbana, sub-urbana ou rural), a densidade e a estabilidade social são alguns dos exemplos desses efeitos da comunidade.

No entanto, como vimos anteriormente, não só a comunidade, mas também a vizinhança tem um papel determinante na experiência individual e na relação com o meio. A vizinhança é o lugar onde os pais interagem com a criança e/ou com o adolescente, bem como com outros indivíduos. Assim, a qualidade do suporte e das respostas dadas pela vizinhança têm efeito na família e no desenvolvimento do adolescente. As vizinhanças podem fornecer maior ou menor suporte, independentemente do nível económico (Garbarino et al., 1992). Contudo, a importância da vizinhança para a família e para o desenvolvimento do adolescente é maior nas famílias de poucos recursos, pois são as que têm maior probabilidade de depender dos sistemas de suporte informais disponíveis na vizinhança. Quando a vizinhança é considerada de alto-risco pode condicionar negativamente a família, em vez de a apoiar. Perante tal constatação, Garbarino et al.

(1992) consideram ser necessário analisar a ecologia da comunidade e as patologias sociais da família. Designam por patologias sociais, os problemas ou disfunções que estão relacionados com a qualidade do ambiente social onde o indivíduo está inserido e distinguem, entre as mais significativas, as seguintes quatro patologias que envolvem a família:

- as complicações obstétricas e pediátricas;
- os maus tratos à criança e a violência doméstica;
- a delinquência juvenil;
- a gravidez na adolescência.

Garbarino et al. (1992) concluem, pois, que cada uma destas patologias sociais reflecte a natureza das relações da família com o ambiente social, a natureza do “stress” familiar e do suporte social do meio ambiente. Consideramos apenas a gravidez na adolescência por ser o objecto do nosso estudo. Assim, considerada como uma forma de patologia social, a gravidez na adolescência tem sido alvo do interesse de numerosos profissionais, mas, tal como Garbarino et. al. (1992) afirmam, deve ser alvo de maior análise sistemática, quando colocada como um problema da comunidade. A influência da comunidade nesta problemática pode ser avaliada pela qualidade e pelo nível de suporte prestado, formal ou informalmente, à adolescente numa primeira gravidez, como também pela disponibilidade de educação ao nível da sexualidade, da contracepção e da interrupção voluntária da gravidez. Assim, a escola, como suporte formal, pode ter influência na educação e na ocupação profissional dos adolescentes e, a família, como suporte informal, exercer influência pelas atitudes e expectativas que exprime relativamente à grávida e à mãe adolescente. Por fim, o suporte eficaz da comunidade deverá estabelecer planos de intervenção centrados na família, de forma a prevenir ou adiar uma segunda gravidez.

Esta interpretação do modelo ecológico foi utilizada por nós na análise dos resultados do estudo empírico.

A especificidade dos sistemas e dos níveis considerados torna obrigatório uma avaliação do impacto dos diversos factores em cada nível e em cada sistema, o que obriga a critérios diferentes de abordagem. Já foi anteriormente apresentada a fundamentação teórica da caracterização da adolescência numa visão ecológica, orientada de forma a destacar o papel de diversos sistemas e níveis na caracterização deste período etário em relação à sexualidade, à gravidez e à maternidade. A partir desses factores torna-se possível procurar definir o conjunto de elementos que, em cada um dos sistemas, interagem no comportamento da adolescente enquanto grávida e enquanto mãe. Salientamos a importância de cuidados de saúde pré-gravídicos e gravídicos, na medida em que nos permite avaliar o grau de consciência que a adolescente possui, o equilíbrio corporal, a fisiologia sexual e o planeamento gestacional ou familiar. Os cuidados de saúde pré-gravídicos e gravídicos vão também ser importantes na definição dos níveis de cultura e de instrução que a adolescente e os seus pais e companheiro possuem, assim como vão permitir definir a atitude perante a gravidez não planeada. Este indicador permitirá também avaliar a importância da escola e dos pares em face das consequências da gravidez e da maternidade nas relações escolares e interpessoais.

A actividade sexual, a gravidez, a maternidade e as respectivas consequências sócio-familiares têm uma dinâmica relacional com a convicção religiosa existente no ambiente imediato onde a adolescente se encontra. Esta interacção é muito importante e, por vezes, decisiva para a forma como a adolescente e a família decidem perante a gravidez e a maternidade. Verificamos ainda a importância da autonomia maior ou menor da adolescente, do ponto de vista económico, em face das decisões a tomar perante a condição de gravidez e da subsequente maternidade. A oportunidade de emprego remunerado e da qualidade do trabalho, relacionados com a adolescente, com o companheiro e com os familiares directos representam factores a valorizar nesta problemática.

O conjunto de factores, até agora considerados, definem sistemas a nível do microsistema. Contudo, é para nós claro que a influência de alguns destes factores sobre o contexto de interacção da família com a sociedade permite pensar situarem-se a nível do mesossistema pela influência mais alargada que os caracteriza. Referimo-nos aos

factores relacionados com a higiene e segurança no trabalho, os apoios sociais ao trabalhador e à adolescente sem emprego, a repercussão da oportunidade de trabalho do companheiro e dos pais em relação ao equilíbrio familiar, o tempo de dedicação aos trabalhos domésticos e à criança. Do mesmo modo, a resposta à gravidez e à maternidade que o contexto familiar demonstra traduz a influência das políticas de saúde, de emprego, de educação, de ambiente e de habitação desenvolvidas num contexto loco-regional (exossistema), como forma de implementar a orientação política geral (macrossistema).

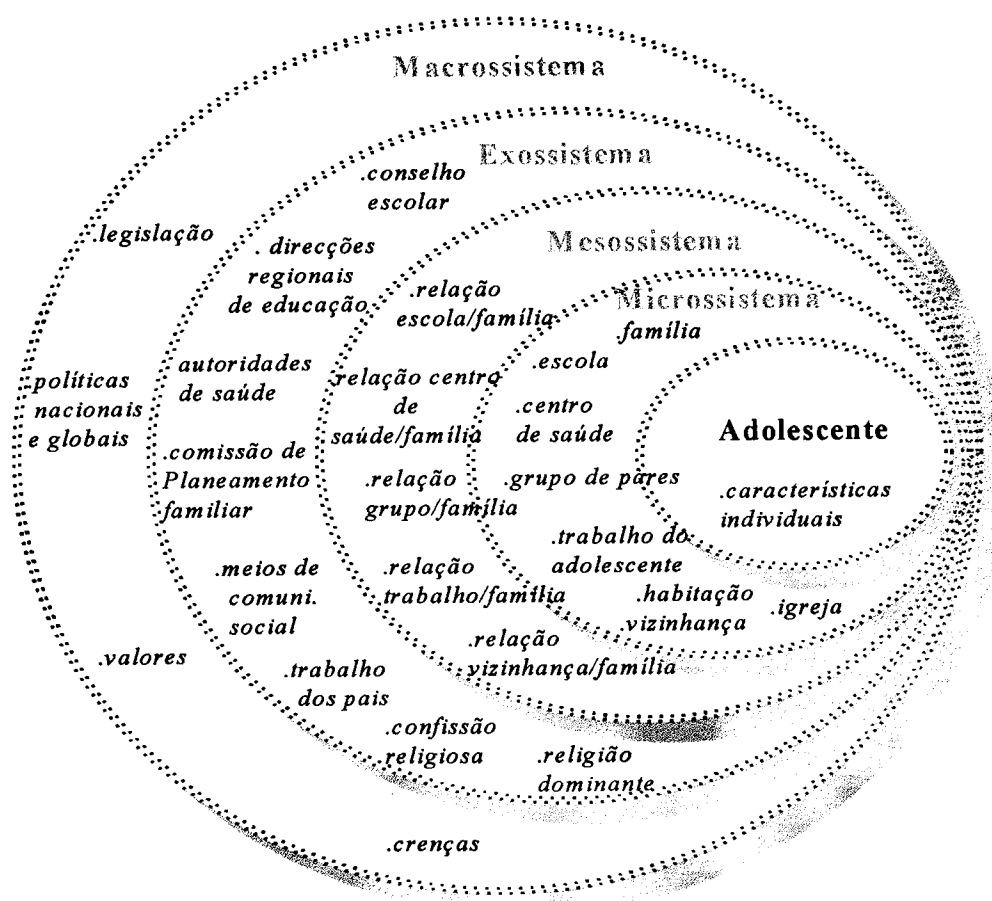


Figura 3-1 - Modelo ecológico de organização de variáveis na gravidez e na maternidade na adolescência

Diferentes autores representaram graficamente o modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979). Lacasa (1994) fez a representação por espirais não secantes e Bailey & Wolery (1992), entre outros, fizeram a representação deste modelo por círculos concêntricos.

Parece-nos, todavia, poder dizer que o modelo ecológico não está representado por círculos concêntricos, nem por espirais não secantes, mas por uma espiral em que, em alguns momentos, há contactos entre níveis diferentes (Figura 3-1).

O macrossistema, na problemática estudada, influencia todo o modelo e atinge o microssistema. A ausência ou existência de políticas de planeamento familiar, de gravidez e de maternidade, particularmente na adolescência, assim como a influência que essas políticas têm sobre as estratégias de desenvolvimento regional e local, actuam directa e/ou indirectamente sobre os aspectos individuais, familiares e sociais. Esta afirmação corresponde à história da gravidez na adolescência em Portugal, quando analisados os dados demográficos nacionais. Os estudos consultados permitem caracterizar a realidade portuguesa nesta matéria.

ESTUDO EMPÍRICO



4. Contributos para a caracterização da maternidade na adolescência em Portugal

4.1 Indicadores Nacionais

Tendo como objectivo verificar a existência de diferenças demográficas, familiares e individuais entre mães adolescentes e adolescentes sem história de gravidez, pareceu-nos prioritário caracterizar a problemática da gravidez e da maternidade neste grupo etário no nosso país e particularmente na região do Grande Porto. Assim, realizamos um estudo de algumas variáveis que, no nosso entender, permitem compreender a dimensão deste problema. Através da leitura de trabalhos já realizados (Gomes-Pedro et al., 1986; Silva, 1983, 1992; Almeida, 1987; Maia et al., 1991; Lourenço, 1996) e pela consulta de dados de Estatísticas Demográficas e de Saúde (I.N.E.) obtivemos dados relativos à taxa de natalidade, mortalidade, fecundidade, nupcialidade e divorcialidade.

Estes dados indicam que o número de nados-vivos diminuiu continuamente desde os anos 70, situando-se em 1981 em 14,5%, em 1986 em 12,7% e em 1995 em 10,8%. Em 1996, nasceram em Portugal 110.363 crianças, correspondendo a um acréscimo de 3.179 relativamente a 1995 e registou-se uma taxa de natalidade bruta de 11,1%. Ainda em 1996, a taxa de mortalidade geral atingiu os 10,8%, percentagem que tem permanecido sensivelmente igual desde 1990. As taxas de mortalidade infantil perinatal e fetal tardia têm diminuído neste mesmo período, passando, respectivamente, de 16,6% e de 8,3% em 1987 para 8,4% e 5,4% em 1996.

Relativamente à fecundidade, atingiu-se em 1995 o nível de 1,4 crianças por mulher (ISF, Índice Sintético de Fecundidade - número médio de crianças/mulher), representando um ligeiro decréscimo em relação a 1994.

Tabela 4-1 - Portugal - Taxas de Fecundidade (%), 1981-1995 (INE/GE,1995)

Idade	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	I.S.F.
1981	39,6	133,6	127,4	74,7	35,3	13,5	1,7	2,129
1991	23,5	85,2	110	65,1	24,3	5,7	0,5	1,572
1992	22,6	79,5	109,7	67,2	24	5,6	0,4	1,542
1993	22,5	75,3	106,2	69,2	24,4	5,4	0,4	1,517
1994	21,2	68,4	101,1	67,8	24,4	5,3	0,4	1,443
1995	20,5	62,9	97,2	69,8	25,1	5,3	0,4	1,406

Da leitura da Tabela 4-1 salientamos o decréscimo da taxa de fecundidade entre os 15 e os 19 anos e o aumento desta taxa para o grupo dos 30-34 anos que, pela primeira vez, é superior à do grupo dos 20-24 anos. A descida de fecundidade desde 1981 caracteriza-se pelo aumento de frequência dos primeiros nascimentos com vida, isto é, mais de metade dos nascimentos com vida representam o primeiro filho (1ª ordem). Os dados indicam-nos que em 1986 se verificou a diminuição de nascimentos de 3ª ordem com vida.

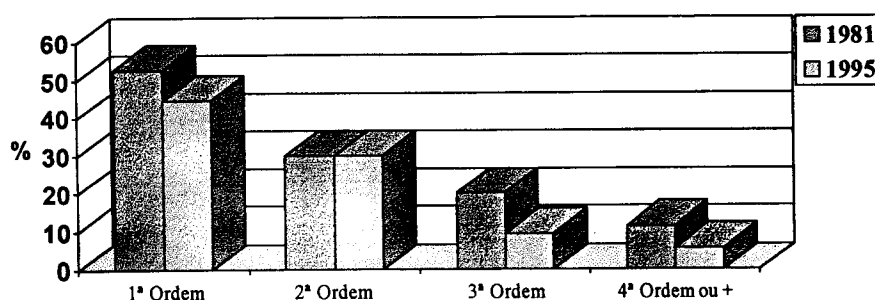


Figura 4-1 - Portugal - Nados-vivos segundo a Ordem de Nascimento, 1981-1995 (INE/GE,1995)

É notório o envelhecimento da idade da fecundação com o recuo de fecundidade dos jovens (15-19 anos) e com o aumento significativo no grupo dos 25-29 anos. No entanto, o número de nados-vivos fora do casamento tem aumentado anualmente: 9,5% em 1981; 16,1% em 1992; 17,8% em 1994 e 18,7% em 1995 e 1996. Actualmente, por cada 100 nados-vivos, 18,7 são filhos de pais não casados. Desta percentagem, 14,1 % coabitam com os pais, não coabitando os restantes 4,6%.

Na região Norte, das 43.092 crianças nascidas em 1996, 4.909 nasceram fora do casamento (11,4%). No Porto, 816 crianças de 2.828, nasceram fora do casamento. Para o grupo etário dos 12 aos 19 anos (e só dispomos de dados relativos a 1995), a percentagem de nados-vivos fora do casamento no Grande Porto foi de 14,2%.

Relativamente ao casamento, em 1996 e com excepção das regiões Autónomas, todas as regiões apresentaram taxas de nupcialidade inferiores às de 1995. Assim, verificou-se

retardamento do casamento que se reflecte na Taxa de Nupcialidade (6,4‰) e maior número de divórcios com o aumento da respectiva Taxa de Divorcialidade (1,4‰).

Tabela 4-2 - Portugal - Evolução dos Casamentos e Divórcios, 1991-1996 (INE/GE,1996)

Anos	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Casamentos	71.810	69.890	68.180	66.000	65.780	63.672
Taxa Bruta de Nupcialidade (‰)	7,3	7,1	6,9	6,7	6,6	6,4
Divórcios	10.050	12.430	12.090	13.580	12.320	13.429
Taxa Bruta de Divorcialidade (‰)	1,0	1,3	1,2	1,4	1,2	1,4

“Os jovens têm vindo a retardar o casamento. Em 1981, os homens casavam-se pela primeira vez com 25,4 anos e as mulheres com 23,3 anos” (Estimativas da População Residente, INE, 1995). Desde 1984 a idade média ao primeiro casamento tem vindo a aumentar. Em 1995 atingiu os 26,8 anos para os homens e os 24,9 para as mulheres. O adiar do casamento reflecte-se na idade média da mulher quando do nascimento do primeiro filho, tendo aumentado 2 anos desde 1981, situando-se em 1995 nos 25,6 anos.

Relativamente à fecundidade das adolescentes (ver Tabela 4-3), houve um crescimento progressivo até ao início dos anos oitenta, “...o “boom” nacional da maternidade antes dos 20 anos se verifica no fim da década de 70 e início da de 80” (Silva, 1992).

Tabela 4-3 - Portugal - Percentagem de Mães Adolescentes, 1970-1995 (INE/GE,1995)

Ano	1970	1975	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995
%	5,5	7,1	11,3	10,5	9,1	8,5	8,2	8,2	7,9	7,6

Em 1995, o total de nados-vivos de mães com idade até aos 19 anos foi de 217 na Cidade do Porto e de 36 (17%) nas Freguesias de Aldoar e Ramalde ³. Em 1996, do

³ A freguesia de Aldoar e Ramalde são abrangidas pelo Centro de Saúde de Aldoar, local onde realizamos o estudo

total de 110.363 nados-vivos, 98 dizem respeito a mães com menos de 15 anos e 7.755 a mães entre os 15 e os 19 anos. A taxa de nados-vivos, de mães com menos de vinte anos (12 aos 19 anos), foi de 7,1% (no total de 7.853 nados-vivos), representando um ligeiro decréscimo relativamente a 1994 (96 para o grupo de mães até aos 15 anos e 8.557 para o grupo entre os 15 e os 19 anos). Todavia, salientamos a ausência de estatísticas relativas à interrupção da gravidez (voluntária ou não) que pode falsear esta percentagem. A totalidade de mães adolescentes pode não corresponder ao número total de grávidas neste grupo etário. Em 1995, o total de fetos-mortos foi de 759. No grupo etário dos 12 aos 19 anos, o número de fetos-mortos foi 67.

Relativamente à instrução e condição perante o trabalho a realidade das jovens entre os 12 e os 19 anos está representada na Tabela 4-4 e na Tabela 4-5. Para a Região Norte apenas existem dados relativos a 1995, enquanto que para o país já estão disponíveis dados de 1996.

Tabela 4-4 - Nados-vivos por instrução da mãe (INE/GE, 1995 e 1996)

Região Norte (INE/GE, 1995)			Continente (INE/GE, 1996)		
Instrução	Menos de 15 anos	15 aos 19 anos	Instrução	Menos de 15 anos	15 aos 19 anos
<i>Total Região Norte</i>	<i>17</i>	<i>2.670</i>	<i>Total Nacional</i>	<i>98</i>	<i>7.762</i>
<i>1995</i>			<i>1996</i>		
não sabe ler nem escrever	2	50	não sabe ler nem escrever	8	161
sabe ler sem ter frequentado	1	59	sabe ler sem ter frequentado	3	146
Ensino básico-1º Ciclo	5	956	Ensino básico-1º Ciclo	36	2.185
Ensino básico-2º Ciclo	8	1.050	Ensino básico-2º Ciclo	40	2.776
Ensino básico-3º Ciclo	1	377	Ensino básico-3º Ciclo	11	1.749
Ensino secundário	-	178	Ensino secundário	-	745

Pela leitura da Tabela 4-4 verificamos que, no grupo das mães mais jovens, o nível de escolaridade situa-se no 2º Ciclo do ensino básico, quer na Região Norte (1995), quer a nível Nacional. Já no grupo entre os 15 e os 19 anos, apesar da maioria das mães terem

como nível de instrução o ensino básico (2º Ciclo), verificamos que 178, na Região Norte em 1995, e 745, no país em 1996, frequentou o ensino secundário. No entanto, o número de mães analfabetas é elevado, atendendo que o ensino até ao final do 3ª Ciclo do Ensino Básico é gratuito e obrigatório.

Tabela 4-5 - Nados-vivos por condição perante o trabalho da mãe (INE/GE)

Região Norte (INE/GE,1995)			Continente (INE/GE,1996)		
Condição perante o trabalho	Menos de 15 anos	15 aos 19 anos	Condição perante o trabalho	Menos de 15 anos	15 aos 19 anos
<i>Total Região Norte</i>	17	2.670	<i>Total Nacional</i>	98	7.762
<i>1995</i>			<i>1996</i>		
empregada	1	1.120	empregada	4	2.105
à procura do 1º emprego	-	71	à procura do 1º emprego	1	225
à procura de novo emprego	-	103	à procura de novo emprego	-	380
não activa	16	1.376	não activa	93	5.052

Relativamente à condição perante o trabalho, consideramos as estatísticas disponíveis para a Região Norte (1995) e para o país (1996). Salientamos pela análise da Tabela 4-5, o número de jovens que ocupa uma actividade profissional entre os 15 e os 19 anos (1.120 e 2.105) e questionamos quantas das jovens “não activas”, apesar de serem mães, continuaram a estudar.

A análise global destes dados permite-nos pensar a problemática da gravidez e da maternidade na adolescência no contexto global do nosso país. Assim, na década de 90, a diminuição da taxa de crianças de mães adolescentes (entre os 12 e os 19 anos) acompanha a diminuição da taxa de fecundidade e de natalidade da população portuguesa. Os progressos que motivaram a diminuição da mortalidade (especialmente a mortalidade infantil), o prolongamento da escolaridade obrigatória, o maior grau de instrução e a actividade profissional da mulher, o retardar da idade média da mulher ao nascimento do primeiro filho e a dificuldade no acesso à habitação e ao emprego, são alguns dos factores que têm sido apontados como determinantes desta realidade.

Em Portugal foram realizadas algumas pesquisas com o objectivo de conhecer as causas, as consequências e a incidência da gravidez na adolescência, como também a situação do parto e do aborto neste grupo etário. No entanto, a revisão possível destes trabalhos indica-nos que a maioria é de natureza médica.

Com o objectivo de investigar as condições físicas, psicológicas e sociais da gravidez na adolescência, de forma a relacioná-las com a gestação, o tipo e as complicações do parto e, ainda, os problemas nos recém-nascidos, foi realizado um estudo na Maternidade Alfredo da Costa entre 1980 e 1982 (Almeida, J., 1987) com mães de idade inferior a 19 anos no momento do parto. Pela análise dos resultados deste estudo, o autor concluiu que na sociedade portuguesa uma maioria significativa de adolescentes grávidas, aparentemente, não tem quaisquer problemas sociais, psicológicos ou médicos e que o mesmo é verdadeiro para as crianças. Contudo, considerou tratar-se de um grupo vulnerável, sendo necessário caracterizá-lo, pois estaria ligado a estigmas sociais. Segundo o autor, este facto pode criar problemas sociais e psicológicos e causar doenças somáticas na mãe e na criança. Os estigmas sociais caracterizados foram o tipo de família, quando desunida, a idade, quando inferior a 16 anos, a raça não-caucasiana, a educação inferior ao 1º ciclo e a falta de interesse por parte do pai da criança, factores determinantes do nível de educação, do conhecimento e do acesso a contraceptivos.

Um outro estudo foi realizado na maternidade do Hospital Santa Maria de Lisboa (Gomes- Pedro, 1986) com mães de crianças nascidas entre 1983 e 1984, reunidas em dois grupos. O primeiro grupo incluía mães com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos e o segundo mães entre os 20 e os 36 anos. O estudo teve por objectivo avaliar a influência da idade da mãe nas características comportamentais da criança. Os autores acreditavam que múltiplos factores influenciavam o recém-nascido nos primeiros dias de vida, especialmente factores sociais e culturais. Após o nascimento, os dois grupos foram seguidos e foi utilizada a Neonatal Behavioral Assessment Scale (Brazelton, 1981) ao 3º dia de vida. Os melhores resultados foram encontrados no grupo de não adolescentes apenas em dois itens da escala - "Rapiditv buildup" e "Response decrement to bell". Os autores concluíram que só através do isolamento de subgrupos de alto-risco de mães

adolescentes, especialmente em relação a factores educativos e comportamentais, se poderia chegar a uma avaliação do recém-nascido mais completa.

Cidrais et al. (1989) realizaram um estudo retrospectivo dos problemas surgidos com os recém-nascidos de mães com idade inferior a 20 anos, internados na Maternidade Júlio Dinis (Porto), entre 1983 e 1984, bem como uma análise das características das gestantes. Relativamente a estas características, concluíram que a percentagem de mães solteiras era maior nas gestantes com menos de 17 anos, que tinham também o nível de instrução mais baixo (85,1% não tinha ultrapassado o ensino primário). Em relação à profissão, mais de um terço das mães com idade até aos 20 anos não exercia uma actividade profissional regular. Os resultados obtidos pela comparação dos recém-nascidos, filhos de gestantes com idade inferior a 20 anos e de gestantes com idade igual ou superior a 20 anos, indicaram que a percentagem de recém-nascidos de pré-termo e a frequência de recém-nascidos de baixo peso foi significativamente superior nos filhos das mães mais jovens (idade inferior a 20 anos). No entanto, não encontraram diferenças significativas entre os filhos de mulheres com idade inferior a 17 anos e os filhos de mulheres com idades entre os 17 e os 20 anos.

Em 1988, Maia et al. (1991) concluíram, a partir de um estudo realizado com adolescentes que recorreram à Maternidade de Magalhães Coutinho, que a maternidade na adolescência era uma realidade em Portugal, tendo uma das taxas mais elevadas da Europa. Na tentativa de caracterizar a gravidez neste grupo, os autores observaram elevada incidência de ausência de vigilância médica, com multiplicação de factores condicionando maior morbilidade materno-fetal. Verificaram ainda que a gravidez na maioria das situações era accidental, em jovens que abandonaram os estudos e que ocupavam empregos menos qualificados. A interrupção voluntária da gravidez (I.V.G.) era uma prática corrente (estimando que para dois nados-vivos se verificava uma I.V.G.) e que a utilização da contracepção era baixa. Relativamente à I.V.G. concluíram ser a opção muitas vezes tardia das jovens que continuam os estudos ou que têm profissões mais qualificadas.

Moucho (1994) verificou o aparecimento de grávidas, a partir dos 14 anos, na Consulta da Grávida Adolescente no Hospital de S. João (Porto), no ano de 1993. Da totalidade

de grávidas, apenas 33% tinham desejado o filho. A maioria só possuía a escolaridade básica e 10% eram analfabetas. Apenas 10% se mantinham na escola e a maior parte não trabalhava. O autor averiguou, ainda, que só 20% das grávidas tinham tido consulta antes das 20 semanas de gestação. No mesmo ano, foi realizado um estudo exploratório na Maternidade Júlio Dinis (Porto) sobre as consequências da gravidez na adolescência ao nível da inserção social da jovem grávida (Lerenó et al., 1996). Os autores concluíram que “as jovens que engravidam e prosseguem com a gravidez até ao parto pertencem a grupos sociais desfavorecidos e com uma sub-cultura própria em que os padrões de comportamento e organização familiar diferem da norma social estabelecida. ... A gravidez na adolescência parece estar precisamente associada a esse baixo estatuto na hierarquia social das jovens mães, na medida em que factores sócio-culturais facilitam a aceitação da gravidez da adolescente como modelo de passagem para o estatuto de adulto” (Lerenó et al., pág. 9, 1996).

Tavares et al. (1996) realizaram um estudo para comparar mães adolescentes com mães adultas relativamente a características sociais, demográficas, comportamentais e clínicas, e para avaliar o efeito, independente da gravidez na adolescência, no acesso a cuidados pré-natais, na ocorrência de parto pré-termo e nascimentos de baixo peso para a idade gestacional. Foi utilizado um inquérito, de âmbito nacional, proposto a hospitais oficiais do continente e das regiões autónomas da Madeira e dos Açores. Da amostra total de 1.582 partos, os autores verificaram que a percentagem de mães solteiras era maior no grupo de adolescentes (puérperas com menos de 19 anos) e que estas tinham 25% ou menos da escolaridade prevista para a idade. Na sua maioria, as mães adolescentes eram primigestas, tinham programado a gravidez com menor frequência e desconheciam a existência de cuidados pré-natais. As adolescentes recorreram menos a consultas pré-natais, sendo superior a proporção de adolescentes sem qualquer consulta ou com cuidados inadequados. A presença de complicações na gravidez foi ligeiramente superior nas adultas, embora a prevalência de nascimentos de baixo peso e de partos de pré-termo tenha sido superior nas adolescentes.

No estudo realizado por Lourenço (1996) com adolescentes grávidas e adolescentes sem história de gravidez na Maternidade Bissaya-Barreto e em Centros de Saúde de Coimbra,

a autora estabeleceu que a maioria da amostra com história de gravidez pertencia a um nível sócio-económico baixo, possuíam menor escolaridade do que as outras jovens e que grande parte não exercia qualquer actividade escolar ou profissional. Mais de metade das adolescentes interrompeu a escolaridade antes da gestação e tinha baixo aproveitamento escolar. As adolescentes gestantes que trabalhavam, tinham empregos pouco diferenciados. Nenhuma das adolescentes estava a utilizar contracepção no período que precedeu a gestação, uma em cada quatro colocou a hipótese de interrupção da gravidez e poucas referiram sentimentos positivos enquanto grávidas. A generalidade do grupo procurou tardiamente a assistência pré-natal.

Da leitura dos resultados e das conclusões destes estudos, consideramos que importa sublinhar que muitas grávidas e mães adolescentes estão bem apenas com uma pequena ajuda. Epstein (1980) afirmou que, quando existe maior suporte social, a adolescente reage de forma mais eficaz à situação de gravidez e de maternidade. Então, se a mãe adolescente tem uma auto-estima positiva, um auto-controle interno e se está envolvida num sistema social de suporte, provavelmente fará uma avaliação menos negativa da sua situação de vida (Colleta et al., 1981). Algumas decidem deixar a escola por um tempo e voltar posteriormente, outras consideram que ser “uma boa mãe” é mais importante do que voltar para a escola. É apenas ao longo do tempo que se observa o efeito da gravidez na vida das adolescentes e dos seus filhos.

É reconhecido que a gravidez na adolescência é um problema multifacetado que requer soluções multidimensionais. Cuidados de saúde, mesmo interdisciplinares, são apenas uma pequena componente na lista de necessidades que as mães adolescentes demonstram. As pesquisas realizadas sugerem que as intervenções da sociedade deveriam dirigir-se directamente às mulheres com 17 anos ou mesmo mais novas, pois têm maior risco médico, mesmo quando comparadas com adolescentes mais velhas (Held, 1981; East & Felice, 1996). Neste grupo de adolescentes mais novas, a gravidez tem maior probabilidade de não ser planeada, a educação é frequentemente interrompida e o futuro económico é provavelmente mais afectado pela gravidez e subsequente parto (Stiffman; Earls; Robins; Jung & Kulbok, 1987; Klerman, 1994). A tensão manifestada muitas vezes pela adolescente é também consequência de ter de aprender a lidar com

tarefas do adulto relativas à maternidade, quando ainda enfrenta os problemas inerentes à adolescência. Furstenberg (1976) afirmou que a gravidez precoce cria um conjunto de problemas à mãe adolescente levando-a a reorientar o seu percurso de vida. A leitura dos estudos realizados em Portugal permite-nos levar a pensar que as mães adolescentes e os seus filhos podem estar “em risco” de problemas de saúde, económicos, emocionais e sociais, conforme enunciamos na **Introdução**, o que determina pormenorizar as questões anteriormente colocadas:

- Quais são as variáveis de natureza individual, familiar e social determinantes do “risco” da ocorrência de gravidez na adolescência?
- Quais destes factores podem pôr a maternidade na adolescência “em risco”?
- A mãe adolescente tem características que lhe são específicas?
- Que dificuldades sentem as mães adolescentes num meio sócio-económico desfavorecido?
- Que estratégias utilizam para lidar com essas dificuldades?
- Quais os recursos e apoios disponíveis?

Para tentarmos dar resposta a estas questões delimitamos o nosso trabalho empírico ao Grande Porto, caracterizando de forma exploratória as condições sócio-económicas de grávidas e mães adolescentes.

4.2 Estudo Exploratório

Para realizarmos a caracterização da gravidez e da maternidade na zona do Grande Porto recorreremos ao Hospital de Matosinhos, às unidades de saúde da Batalha (Rainha D. Amélia) e de Aldoar e ainda ao Centro Social da Pasteleira.

Inicialmente contactámos o Hospital de Matosinhos, pedindo autorização para convocar mães adolescentes (com idades entre os 12 e os 19 anos no momento da gravidez) que tinham feito consulta no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia deste hospital. Após autorização da Direcção do hospital foi efectuada convocatória por escrito, enviada pela médica com dia e hora marcada. Da totalidade das 12 adolescentes convocadas, compareceram apenas 7, com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos. Explicada a finalidade da entrevista, solicitamos a colaboração das jovens, garantindo a confidencialidade das informações fornecidas. Para controlarmos as questões colocadas seguimos um questionário (Anexo 1) elaborado a partir da “Escala de recursos para

mães adolescentes“ de Dunst, C., Leet, H.; Vance, H. e Cooper, C. (1986). Pela análise de conteúdo às respostas dadas verificámos que as mães, no momento da gravidez, tinham idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos, possuíam na maioria habilitações académicas básicas (5º e 6º ano) e apenas uma continuava a estudar. As restantes tinham empregos pouco diferenciados (com amigos e/ou familiares) deixando a criança com os familiares durante o dia. A generalidade tinha dinheiro para os produtos indispensáveis (alimentação, objectos pessoais,...), mas para vestuário, brinquedos e despesas mensais, necessitavam do suporte financeiro da família com que viviam. A informação sobre métodos anticoncepcionais tinha-lhes sido dada pelo médico na consulta pré-natal, que procuraram depois do 2º/3º mês de gravidez.

Em seguida contactamos o Centro de Saúde Rainha D. Amélia (Batalha) pedindo autorização para recolher dados relativos a características sócio-demográficas de grávidas e mães adolescentes, por consulta do ficheiro clínico. Era nosso objectivo tentar estabelecer a idade média das adolescentes grávidas; o nível sócio-económico; o grau de instrução; o estado civil; a idade média dos companheiros; as razões da gravidez e a existência de problemáticas (familiares, económicas, emocionais ou outras).

Após a respectiva autorização para iniciar o trabalho, analisaram-se 45 processos (relativos aos anos 1995 e 1996), dos quais se verificou que 12 eram situações de gravidez de adolescentes antes dos 20 anos (em média aos 17,6 anos) e, destas, 6 eram solteiras e 1 era casada. Para as restantes, esta informação não estava disponível. Foi ainda possível determinar, a partir da análise de 17 processos de mães adolescentes, a média de idade, estabelecida à data da primeira consulta pré-natal, de 17,5 anos para 1995 e de 18,1 anos para 1996. A informação sobre a data da primeira consulta pré-natal estava disponível em 27 processos, tendo permitido calcular o mês em que, em média, as adolescentes fizeram esta consulta. Esta média foi de 3 meses e 28 dias, isto é, no segundo trimestre de gravidez. Os dados relativos ao nível sócio-económico, ao grau de instrução, à idade dos companheiros e às razões da gravidez não estavam disponíveis nos ficheiros clínicos.

De forma a completar este estudo exploratório e a nossa caracterização, contactamos o Centro de Saúde de Aldoar. A disponibilidade demonstrada pela direcção e pelos

profissionais administrativos e de saúde permitiu a consulta do ficheiro clínico, a recolha de dados através de encontros com os médicos de família e ainda a leitura dos processos em reuniões realizadas com a Técnica de Serviço Social. Esta recolha circunscreveu-se às adolescentes que fizeram a consulta pré-natal no ano de 1995. De acordo com informação fornecida pelo Centro de Saúde, a média de idade das 40 grávidas adolescentes sinalizadas foi de 18 anos. Destas, 22 (55%) efectuaram a primeira consulta de gravidez no primeiro trimestre, 16 (40%) no segundo trimestre e 2 (5%) no terceiro trimestre.

A informação por nós recolhida diz respeito a 28 processos, que passamos a apresentar:

Tabela 4-6 - Dados referentes ao estatuto matrimonial em 1995

Estatuto matrimonial	casada	junta	solteira	total global
Total	8	4	16	28
%	28,57%	14,29%	57,14%	100,00%

Tabela 4-7 - Dados referentes às habilitações académicas em 1995

Habilitações Académicas	1º ciclo	2º ciclo	3º ciclo	analfabeta	n/d ⁴	secundário	total global
Total	4	5	3	3	12	1	28
%	14,29%	17,86%	10,71%	10,71%	42,86%	3,57%	100,00%

Tabela 4-8 - Dados referentes à situação profissional em 1995

Situação profissional	desempregada	doméstica	empregada	estudante	n/d ⁴	total global
Total	10	2	7	3	6	28
%	35,71%	7,14%	25,00%	10,71%	21,43%	100,00%

Tabela 4-9 - Dados referentes ao tipo de habitação em 1995

Tipo de Habitação	habitação social	barraca	casa	total global
Total	21	2	5	28
%	75,00%	7,14%	17,86%	100,00%

A leitura destes dados foi delimitando a caracterização deste grupo de adolescentes quanto aos aspectos sócio-económicos. Atendendo a estas características, e de acordo

⁴ n/d: dados não disponíveis

com a revisão de estudos já realizados, elaboramos um guião de entrevista (Anexo 2) contemplando os seguintes aspectos:

- sócio-demográficos (data de nascimento; habilitações académicas; último ano de escolaridade; estado civil; situação profissional; data de início da actividade e salário);
- agregado familiar (idades; datas de nascimento; habilitações académicas; estado civil);
- local de residência;
- idade na primeira relação sexual;
- idade na gravidez;
- idade no momento do parto;
- conhecimento de Planeamento Familiar e contracepção;
- relação com o companheiro;
- idade do companheiro;
- profissão do companheiro;
- habilitações académicas do companheiro;
- tempo de namoro;
- questões relativas à gravidez e maternidade.

Sendo nosso objectivo utilizar como amostra do estudo as adolescentes do Centro de Saúde de Aldoar, que fizeram a primeira consulta de gravidez nos anos de 1995 e 1996, decidimos avaliar o guião de entrevista e o tempo de realização com um grupo de 6 mães adolescentes de crianças da Creche e Jardim de Infância do Centro Social da Pasteleira. A escolha deste Centro, para a concretização deste objectivo, foi devida ao conhecimento que tínhamos da semelhança sócio-económica desta área geográfica e pelo facto de estar abrangida num Projecto de Promoção Social. Assim, as entrevistas foram realizadas nas instalações do Centro Social, em dia e hora combinada com as mães, garantindo-lhes anonimato e confidencialidade. A informação recolhida foi registada por anotação e simultaneamente por gravação audio, tendo-se solicitado a respectiva autorização.

Nas tabelas que se seguem sintetizamos as características recolhidas de natureza sócio-demográfica, familiar e individual:

Tabela 4-10 - Características individuais da adolescente

Idade	Habilitações	Idade de abandono Escolar	Situação matrimonial	Profissão
17	8º ano	15	solteira	auxiliar de acção educativa
17	7º ano	16	junta	aprendiz gaspeadeira
17	7º ano	14	casada (depois do parto)	desempregada
18	4ª classe	16	solteira	empregada de limpeza
20	1ª classe (não sabe ler)	6	casada (depois do parto)	desempregada
21	6º ano	14	casada (durante a gravidez)	auxiliar de limpeza

Tabela 4-11 - Características relativas à sexualidade e gravidez

Menarca (idade)	1ª Relação (idade)	Gravidez (idade)	Planeamento Familiar	1ª relação (contracepção)	Consulta pré-natal (mês)
11	17	17	sim	sem	4º
11	14	16	sim	sem	3º
12	13	15	não	sem	2º
13	17	14	sim	com	1º
13	14	14	sim	sem	6º
14	16	16	não	sem	3º

Tabela 4-12 - Características relativas ao pai da criança

Idade do companheiro	Tempo de namoro	Profissão do companheiro
19	3	desempregado
19	n.d.	desempregado
22	1	n.d.
22	2	pintor
26	3	trolha
27	36	servente/trolha

Tabela 4-13 - Características relativas aos pais e à família da adolescente

Habilitações do Pai	Habilitações da Mãe	Profissão do Pai	Profissão da Mãe	Problemática
4ª classe	4ª classe	colocador de alcatifas	doméstica	toxicodependência
7º ano	4ª classe	mineiro	doméstica	irmã - mãe adolescente
4ª classe	1ª classe	reformado	n.d. - falecida	toxicodependência
5º ano	1ª classe	trolha	empregada doméstica	toxicodependência
6º ano	4ª classe	reformado	doméstica	alcoolismo
4ª classe	4ª classe	funcionário do canil	empregada doméstica	abandono

Tabela 4-14 - Características relativas à habitação

Habitação	Tipologia	Nº de coabitantes
habitação social	3	12
habitação social	2	5
habitação social	3	5
ilha	1	4
ilha	1	4
habitação social	3	6

A análise dos resultados obtidos neste estudo exploratório, através da consulta dos ficheiros de grávidas e de mães adolescentes e das entrevistas realizadas em diferentes áreas geográficas do Grande Porto, permite-nos concluir que as adolescentes com história de gravidez têm características sócio-demográficas semelhantes, na idade de início da vida sexual, na idade de ocorrência de gravidez (aos 17 anos), no desconhecimento da contraceção, no estado civil (solteiras ou casadas após a gravidez ou parto), nas habilitações (ao nível do 2º Ciclo do ensino básico), na idade em que deixaram a escola (antes da gravidez), na actividade profissional (precária e sem assistência), na habitação (social) e nas características do agregado familiar e do companheiro. É também factor comum a estas jovens, a procura tardia de assistência pré-natal que, juntamente com as variáveis sócio-económicas e culturais, podem transformar a gravidez e a maternidade numa problemática actual.

Concluimos ainda que o guião de entrevista fornece elementos pertinentes e sólidos para o estudo que encetamos.

5. Estudo Empírico

5.1 Objectivo geral e método

A maternidade na adolescência é um fenómeno de natureza diversificada com múltiplas consequências, para a díade mãe-criança, para a família, para a comunidade onde está inserida e para a sociedade em geral. Felizmente, em muitas situações, as consequências não são negativas, pelo que não podemos equacionar “a maternidade na adolescência” como constituindo sempre um problema, ou como factor de risco. A presente pesquisa dirige-se apenas ao estudo da gravidez e maternidade na adolescência dada a complexidade dos factores analisados. O estudo da interacção mãe adolescente-criança deve ser tratada num outro momento e em outros estudos que possam incluir propostas de programas de intervenção para as grávidas e mães adolescentes e para os seus filhos.

Sem tentar antecipar conclusões não fundamentadas e generalizadas, estabelecemos como objectivo principal deste estudo a caracterização de um grupo de mães adolescentes através da análise comparativa das variáveis de ordem individual, familiar e social com um grupo de jovens sem história de gravidez e de maternidade:

- A nível individual descrevem-se as características pessoais e a partir de dados biográficos;
- A nível familiar inclui-se a análise de algumas características da família, a estrutura e as inter-relações de diferentes contextos, como a Escola, o Centro de Saúde, o grupo de pares, que se relacionam com a tomada de decisão sobre a sexualidade, a gravidez e a maternidade da adolescente;
- A nível social enfatiza-se o papel das instituições sociais e médicas e a sua influência sobre o comportamento sexual dos adolescentes bem, como os sistemas de valores, as normas e as crenças que influenciam as características individuais, da família e dos agentes sociais.

Para concretizar o nosso objectivo, elaboramos um guião de entrevista (Anexo 2) e escolhemos instrumentos que permitissem conhecer alguns aspectos psicológicos destas

jovens (locus de controlo, atribuição de responsabilidades, auto-conceito e sintomatologia psicopatológica), como também as atitudes em relação à gravidez e a avaliação da disponibilidade de determinados recursos, tal como vimos na revisão da literatura.

É ainda nosso objectivo procurar saber se a caracterização possível, poderá, de alguma forma, sugerir pistas para a elaboração e implementação de programas de intervenção precoce e/ou outros para as mães adolescentes, bem como indicar estratégias de prevenção em comunidades que possam estar em risco face à gravidez precoce.

5.1.1 Caracterização da Amostra

5.1.1.1 Critérios de Amostragem

Na realização do trabalho sentimos alguma dificuldade em definir os limites da adolescência e em estabelecer critérios, universalmente aceites, que determinem o seu início e o seu fim. Pela revisão bibliográfica efectuada verificamos que os estudos portugueses, europeus e norte-americanos definem os 12 anos de idade como limite inferior e os 19 anos como limite superior (Benn, 1993; Tona, 1994; Brooks-Gunn et al., 1995). De acordo com as indicações da OMS (1965) e com o Relatório da Comissão Nacional de Saúde Infantil (1993), o adolescente é todo o indivíduo com idade igual ou superior a 10 anos e inferior a 20 anos. De acordo com estes critérios decidimos definir, respectivamente, os 12 e 19 anos como limite inferior e superior da nossa amostra, tendo em conta que a variável em estudo é a maternidade na adolescência. Assim, o nosso critério de escolha do limite inferior prendeu-se com a idade de início de maturação sexual (com o aparecimento da menarca) e com o conhecimento que, depois desta ocorrência, pode ocorrer a gravidez. Quanto ao limite superior optamos pelos 19 anos, por ser o mais frequentemente utilizado. No entanto, não querendo estabelecer delimitações arbitrárias, convencionadas nas estatísticas nacionais e internacionais, a nossa maior preocupação foi estabelecer critérios de amostragem que representassem um grupo eventualmente em risco.

Tendo decidido realizar a nossa pesquisa no Centro de Saúde de Aldoar, com o objectivo de conhecer as características das mães adolescentes e conhecer as

repercussões da gravidez e da maternidade neste grupo etário, decidimos comparar o grupo de mães adolescentes, que fizeram a primeira consulta de gravidez nos anos de 1995 e 1996, com um grupo de jovens sem história de gravidez que fossem também utentes desse Centro de Saúde e da mesma área de residência. Ao estabelecer estes dois grupos tentamos, não só identificar as diferenças individuais, familiares e sociais que pudessem determinar a ausência/presença de gravidez, mas também controlar variáveis que eventualmente alterassem a leitura dos nossos dados por poderem corresponder a realidades diferentes. Assim, consideramos as jovens que residiam nas freguesias que o Centro de Saúde abrange (Aldoar e Ramalde) e que estavam simultaneamente inscritas numa das três extensões do Centro de Saúde - Aldoar, Ramalde e Carvalhido, cuja realidade sócio-cultural é semelhante.

Pela análise dos dados fornecidos pelo Centro de Saúde, verificamos que a idade das mães adolescentes, no momento da gravidez, estava compreendida no intervalo dos 14 aos 19 anos e que a idade actual está compreendida entre os 15 e os 21 anos. Assim, era nosso objectivo convocar a totalidade de mães adolescentes que fizeram a primeira consulta pré-natal nos anos de 1995 e de 1996. Contudo, à partida, não consideramos as mães adolescentes de etnia cigana porque a maternidade na adolescência é naturalmente esperada no seu grupo social. Da totalidade das 91 jovens que foram mães durante a adolescência, apenas convocamos 50 porque, por razões pessoais e familiares, tinham mudado de residência ou de localidade, sendo extremamente difícil contactá-las. Por esta razão, convocamos 50 adolescentes e jovens sem história de gravidez entre os 14 e os 21 anos.

Iniciamos, assim, o nosso processo de recolha de dados em Novembro de 1996, utilizando uma convocatória escrita enviada pelo Centro de Saúde (Anexo 3). Cedo compreendemos que este não seria o método mais eficaz, pois, por receio ou por indisponibilidade, as jovens não compareciam no dia e na hora marcada. Modificando a nossa estratégia, foi pedida a colaboração do médico de família que, por telefone, e, posteriormente, pelo envio por correio de um postal do Centro de Saúde lhes explicava a finalidade da entrevista a realizar, bem como a importância da participação neste estudo. O contacto estabelecido pelo médico de família foi de extrema importância, pois as

adolescentes depositavam nele maior confiança. No entanto, do total de 50 mães adolescentes convocadas, por escrito e/ou por telefone, com a colaboração do médico e com a disponibilidade dos funcionários administrativos ou outros, apenas 27 responderam às convocatórias. Destas, algumas foram convocadas duas e três vezes, por não comparecerem às primeiras convocatórias, e outras foram entrevistadas em casa, pelo que nos deslocamos ao local de residência em dia e hora marcada de acordo com a conveniência da jovem.

A generalidade das mães que não compareceu às primeiras convocatórias, justificou-se pela “dificuldade em deixar a criança com alguém”, por “doença da criança”, por “alteração do horário de trabalho” (quando por turnos), por “necessidade de responder a um anúncio de emprego”, por “esquecimento” e mesmo por “receio”.

No grupo sem história de gravidez convocamos 50 adolescentes e jovens, tendo respondido à convocatória 44. A colaboração conseguida com este grupo foi mais fácil. Respeitando, de igual modo, os horários escolares, de estudo ou de trabalho, as jovens compareceram na maioria das situações, no dia e na hora combinada. De igual modo, a colaboração e empenho do médico de família foi importante, para informar a família da finalidade deste estudo.

Tabela 5-15 - Número de jovens por grupo e por unidade de saúde

	Mães Adolescentes	Adolescentes
Carvalhido	11	4
Aldoar	8	27
Ramalde I	6	12
Ramalde II	2	1
Total	27	44

5.1.1.2 Caracterização sócio-geográfica da área estudada

O Centro de Saúde de Aldoar abrange a população das freguesias de Aldoar e Ramalde. Deste modo, por considerarmos importante para o nosso estudo, caracterizamos estas freguesias e a sua população.



Legenda:

- 1 - Cidade do Porto
- 2 - Rio Douro
- 3 - Cidade de Vila Nova de Gaia
- - Freguesia de Aldoar
- - Freguesia de Ramalde

Caracterização Demográfica

Tabela 5-1 - População (INE - 1991)

Censos de 1991	Presente ⁵	Residente ⁶	Famílias ⁷	Alojamento ⁸
Região Norte	3.434.496	3.472.725	1.009.594	1.287.720
Grande Porto	1.170.372	1.167.800	353.936	414.213
Concelho do Porto	309.485	302.472	99.522	113.845
Aldoar	15.124	15.079	4.391	4.929
Ramalde	36.386	36.300	10.997	12.505

Num inquérito à população residente do Concelho do Porto, realizado pelo INE com referência a 2 de Maio de 1996 e em comparação com os Censos de 1991, verificaram-se algumas conclusões relevantes para o presente estudo:

- Alguns valores comparativos entre 1996 e 1991 para o Concelho do Porto:

	<u>1991</u>	<u>1996</u>
<i>Alojamentos familiares:</i>	113.188	121.527
<i>Famílias clássicas:</i>	99.325	99.296
<i>População residente:</i>	302.472	290.420
<i>População:</i>		
activa	143.097	134.997
inactiva	159.009	155.092
desempregada	9.898	13.205
<i>Taxa de desemprego:</i>	6,9%	9,8%

- No mesmo período, no que respeita aos alojamentos familiares, verificou-se um crescimento nas seguintes freguesias: Massarelos (22%), Ramalde (16,9%), Paranhos (16,8%) e em Lordelo do Ouro (15,4%). O maior decréscimo verificou-se na freguesia da Sé (18,8%);
- Quanto a residentes, verifica-se um crescimento de 9% na freguesia de Ramalde, em contraste com os decréscimos verificados no centro histórico e em toda a metade oriental da cidade, com excepção da freguesia de Paranhos.

⁵ População que se encontra numa unidade de alojamento, mesmo que aí não resida, no momento do Censo.

⁶ População que reside a maior parte do ano na unidade de alojamento e aí detém a totalidade ou maior parte dos haveres.

⁷ Estão consideradas em conjunto as famílias clássicas e as institucionais.

⁸ Estão considerados em conjunto os alojamentos familiares e os colectivos.

Caracterização sócio-histórica

Freguesia de Aldoar (Área: 267 hectares)

Na descrição Topográfica e Histórica da Cidade do Porto, o Padre Rebelo da Costa (1788), “atribui a Aldoar 68 fogos e coloca-a a uma légua do Porto” (Couto, 1995). Aldoar era uma zona agrária que rodeava a Igreja da Vilarinha.

Em relatório municipal de 1905 é considerada “uma aldeola no seio da cidade, funcionando como um nucleozito que vai estendendo os seus arruamentos entre as veredas que os cortam, ficando-nos a impressão que são elas que caminham para a cidade e não esta para elas” (Estatísticas de Serviços Municipais, 1905, in Pereira, 1995).

Só em 1916 é que Aldoar é incluída na cidade do Porto, mas mantém os seus caminhos vicinais, quintas de lavoura e casas de campo do sec. XIX. No entanto, é nas últimas décadas que se verificaram grandes alterações, passando a freguesia a ser uma zona de grande implantação urbana (bairros cooperativos e sociais) com uma população heterogénea que, na sua maioria, desenvolve actividades no sector secundário. Contribuíram para esta mudança, de freguesia rural em urbana, as novas vias de comunicação e a ampliação das redes de transporte. Não tendo havido criação de infra-estruturas, e dado o crescimento demográfico, assiste-se à sua degradação sócio-económica. No entanto, para além de sociedades desportivas, recreativas e culturais dinamizadas pelos moradores, há equipamentos sociais, públicos e privados (Anexo 4).

Tipo de Habitação (Serviço de Planeamento e de Controle do Centro de Saúde de Aldoar)

Existem na freguesia de Aldoar três tipo de habitação que caracterizam grupos sociais distintos:

- Privada
 - Horizontal
 - Vivenda
 - Cooperativa Habitacional

- Habitação Social

- Bairros sob gestão da Câmara Municipal do Porto (aproximadamente 1.030 fogos)
- Bairro de Aldoar (16 blocos, num total de 376 fogos)
- Bairro de Fonte da Moura (28 blocos, num total de 638 fogos)
- Bairro António Aroso
- Bairro Leão XIII

- Privada altamente degradada

- “Ilhas” (aproximadamente 35 fogos)
- Barracos (cerca de 312 com 1.030 habitantes).

Freguesia de Ramalde (Área: 587 hectares)

Em 1757 a freguesia de Ramalde possuía 407 fogos e em 1855, data em que foi integrada como freguesia da cidade do Porto, tinha 600 fogos (Penedos, 1995).

Entre 1864 e 1900 deu-se o arranque do sector industrial e a mão de obra veio fixar-se nesta freguesia, transformando-a de zona rural em zona residencial para o sector secundário. Para resolver a fixação de mão-de-obra barata, nesta fase de industrialização, surgiram habitações designadas por “ilhas” (alojamentos precários, com dimensões reduzidas, casa de banho exterior e más condições sanitárias e sociais). Os diferentes planos directores procuraram substituir as “ilhas” por habitações sociais, o que não foi ainda conseguido na totalidade. Em contraste, é nesta freguesia que existem áreas residenciais de luxo.

Após o 25 de Abril de 1974 surgiu um outro tipo de urbanismo em regime de auto-construção - as cooperativas de construção e habitação, resultantes da reunião de grupo de laços culturais comuns e que são projectos habitacionais de qualidade arquitectónica. Em 1993 é inaugurada a Cidade Cooperativa da Prelada, zona residencial que veio mais uma vez ocupar territórios rurais, para habitação de classes sociais de maior rendimento económico. Existem nesta freguesia vários equipamentos sociais públicos e privados (Anexo 4).

Tipo de Habitação (Serviço de Planeamento e de Controlo do Centro de Saúde de Aldoar)

Na junta de freguesia de Ramalde, da mesma maneira, a habitação traduz as diferenças sociais. Nesta freguesia também existem três tipos de habitação:

- Privada
 - Horizontal
 - Vivenda
 - Cooperativa Habitacional
- Habitação Social (aproximadamente 3.600 fogos)
 - Bairro das Campinas
 - Bairro dos CTT
 - Bairro das Cruzes
 - Bairro de Francos
 - Bairro de Pereiró
 - Bairro da Previdência
 - Bairro de Ramalde
 - Bairro de Ramalde do Meio
 - Bairro do Viso
- Privada altamente degradada
 - “Ilhas” (aproximadamente 900 fogos)
 - Barracos (cerca de 60 com 184 habitantes).

5.1.1.3 Caracterização do Centro de Saúde de Aldoar

O Centro de Saúde de Aldoar tinha em 30/09/97 63.112 utentes inscritos nas três unidades de saúde (Tabela 5-2).

Tabela 5-2 - Utentes inscritos - (Serviço de Planeamento e de Controlo do Centro de saúde de Aldoar)

Unidades	Utentes inscritos com Médico de Família	Utentes inscritos sem Médico de Família	Total
Aldoar	13.830	395	14.225
Carvalhido	31.418	2.134	33.552
Ramalde	15.335	0	15.335
Total	60.583	2.529	63.112

A Tabela 5-3 indica o número e a percentagem de grávidas adolescentes, entre 1991 e 1996, inscritas no Centro de Saúde de Aldoar.

Tabela 5-3 - Número e percentagem de grávidas adolescentes, 1991-1996 - (Serviço de Planeamento e de Controlo do Centro de saúde de Aldoar)

Ano	Total de grávidas	Grávidas adolescentes	Idade	%
1992	372	33	14-19 anos	8,9%
1993	397	44	15-19 anos	11,08%
1994	434	43	14-19 anos	9,91%
1995	440	40	15-19 anos	9,09%
1996	466	51	14-19 anos	10,94%

5.1.1.4 Amostra

No estudo realizado foram inquiridas setenta e uma jovens do Centro de Saúde de Aldoar e agrupadas em dois grupos.

Tabela 5-4 - Número de jovens por grupo e por unidade de saúde

	Mães Adolescentes	Adolescentes
Centro de Saúde de Aldoar (1995/1996)	27	44

O primeiro grupo é constituído por vinte e sete mães, com idades compreendidas actualmente entre os 17 e os 21 anos. O segundo grupo é constituído por quarenta e quatro adolescentes e jovens sem história de gravidez e com idades compreendidas entre os 14 e os 21 anos. Como utentes do Centro de Saúde de Aldoar todas têm acesso à consulta de “Médico de Família”.

Na execução do trabalho, todas as entrevistas foram realizadas por nós próprias, de forma a controlar a variação individual do inquiridor. No contacto inicial estabelecido com cada uma das jovens, e depois de nos apresentarmos, explicámos a finalidade do estudo, pedindo-lhes autorização para proceder à gravação áudio, assegurando anonimato e confidencialidade da informação.

Iniciamos a recolha de dados seguindo o guião de entrevista (Anexo 2) para evitar, na medida do possível, interpretações distintas pela utilização de termos diferentes. Sendo a principal diferença dos dois grupos estudados a história de gravidez e a maternidade, todas as questões relacionadas com estas realidades não foram colocadas às jovens sem história de gravidez.

Num segundo momento, foi pedido aos sujeitos que completassem as escalas que decidimos utilizar no nosso estudo, pela seguinte ordem de apresentação:

- Escala I-E de Rotter (1966), traduzida e adaptada por Barros e Barros e Neto (1989);
- Escala de Locus de Controlo e Atribuição de Responsabilidades de Brewin (1981), traduzida e adaptada por Barros e Neto (1988);
- Escala de Auto-conceito para Adolescentes de Harter (1989), traduzida e adaptada por Martins, et al. (1996);
- Brief Symptom Inventory (BSI) de Derogatis (1982), traduzido e adaptado por Canavarro (1995).

Em cada uma das escalas, e antes de dar início ao preenchimento, fornecemos instruções e esclarecemos as dúvidas levantadas. Ao longo da aplicação das escalas demos informações sobre o significado de alguns conceitos, tentando sempre não orientar as respostas. Não havendo limitação de tempo, a entrevista e aplicação das escalas tiveram a duração média de 90 minutos.

No grupo de jovens com história de gravidez e de maternidade foi ainda solicitado o preenchimento de mais duas escalas:

- Escala de Atitudes sobre a Gravidez e Maternidade, construída e adaptada por Xavier e Paúl (1996);
- Escala de Recursos para Mães Adolescentes de Dunst, Leet, Vance, e Cooper (1986), traduzida e adaptada por nós próprios (1996).

5.1.2 Instrumentos

A recolha de dados realizou-se através de entrevista individual estruturada, utilizando como instrumentos de pesquisa, um guião de entrevista por nós elaborado e as escalas anteriormente assinaladas.

5.1.2.1 Guião de entrevista:

Para dar resposta aos objectivos do nosso estudo, construímos um guião de entrevista que permitisse recolher informação pertinente para a caracterização da amostra e dos diferentes grupos e subgrupos que a constituem. A versão final deste guião teve por base a informação recolhida no estudo exploratório, em estudos realizados no âmbito desta problemática (Dunst, Leet, Vance & Cooper, 1986) e na avaliação do guião utilizado com o grupo de seis jovens, mães durante a adolescência, do Centro Social da Pasteleira.

Esta versão final do guião é constituído por doze grupos de questões, de resposta aberta e fechada.

O primeiro grupo de questões diz respeito aos dados de identificação individual e familiar, como a data de nascimento, o estado civil, o local de residência, a idade, a escolaridade e a profissão dos pais, dos irmãos, dos sogros e de outros, o grau de parentesco e o número de pessoas com que vive e/ou vivia, no caso de ocorrência de gravidez. É ainda questionada a idade e o estado civil da mãe (da jovem), quando ficou grávida pela primeira vez, e a existência de problemáticas no contexto familiar.

No segundo grupo de questões inquirimos sobre a vida escolar, as actuais habilitações académicas, o número de situações de insucesso escolar, o último ano que frequentou e a idade que tinha e se deixou a escola, porque o fez e se pensa voltar a estudar.

As questões do terceiro grupo dizem respeito à vida profissional, nomeadamente a situação profissional, a profissão que ocupa, a idade com que iniciou e os motivos porque o fez, o número e a designação de profissões anteriores e o vencimento actual.

O quarto grupo de questões diz respeito à vida sexual das jovens. É questionada a idade da menarca, a idade de início da vida sexual (primeira relação sexual), o conhecimento de

métodos de contracepção e a pessoa que lhes deu essa informação. O conhecimento e o recurso à consulta de Planeamento familiar, a utilização de métodos contraceptivos, a ocorrência de gravidez e o número de partos são também questionados, bem como a idade, as habilitações e a profissão do namorado ou companheiro actual.

No quinto grupo, as questões são colocadas de forma a permitir fazer a caracterização da habitação, designadamente o tipo de alojamento, o regime (própria, arrendada, cedida), o número de coabitantes e a tipologia e as instalações existentes. No grupo das mães adolescentes, as questões são colocadas para dois momentos distintos no tempo: antes da gravidez e à data da entrevista.

O sexto grupo de questões diz respeito ao rendimento do agregado familiar, tendo como critério o ordenado mínimo nacional, questionando também a proveniência do rendimento (os elementos do agregado que contribuem para o rendimento líquido mensal).

As questões do sétimo ao décimo segundo grupo são relativas a vivências e circunstâncias da vida das jovens desde que tiveram conhecimento da sua gravidez até à data da entrevista. Assim, é questionado se a gravidez estava nos planos de vida e se esta trouxe alterações a nível educacional, profissional e relacional. É pedido, ainda, que a jovem identifique e enumere aspectos negativos e positivos, se existirem, e as dificuldades que a jovem sente, enquanto mãe, a nível económico, habitacional, no conhecimento sobre a educação e no apoio que necessita.

Por fim, no último grupo de questões, as jovens são inquiridas sobre as circunstâncias da sua gravidez e parto, como a data da primeira consulta, o número de consultas realizadas, considerando se foram suficientes, o cumprimento das recomendações médicas, o tipo de parto e apoio no período de pós-parto e se pretendem ter mais filhos.

5.1.2.2 Escalas

Escala I-E de Rotter (1966)

A escala de Rotter (1966) destina-se a avaliar o Locus de Controlo, conceito definido como “expectativa generalizada relativa à fonte de reforços” (Barros, Neto e Barros, 1992). O autor apresenta no seu trabalho a escala que avalia este constructo, embora não utilize a expressão “Locus de Controlo”, mas “Controlo Interno-Externo de reforço”, conceptualizado como uma dimensão “que varia entre uma internalidade e uma externalidade extremas” (Neto, Barros & Barros, 1993). Sugere ainda que o “sujeito entra numa situação com expectativas a respeito dos resultados prováveis do seu comportamento, expectativas fundadas na experiência passada” (Neto, Barros & Barros, 1990). Assim sendo, a probabilidade de um comportamento ocorrer depende das expectativas que o indivíduo tem relativamente aos resultados desse comportamento. As expectativas que a pessoa tem de poder ou não controlar o que lhe acontece foram designadas por “Locus de Control”.

O indivíduo diz-se interno, quando acredita que os reforços obtidos dependem de si próprio, do seu comportamento ou de características relativamente permanentes. Pelo contrário, quando o indivíduo acredita que os reforços dependem de factores externos, resultantes da sorte, do acaso, do destino ou do controlo de outrém, é designado como externo.

O resultado dos estudos de Liveron, Rotter, Seeman & Crown (Barros et al., 1989) para desenvolver esta escala, levou à construção de um questionário que, na sua primeira versão, possuía 100 itens de escolha forçada. Posteriormente, e pela avaliação dos itens, Rotter construiu a versão final com 23 itens de escolha forçada, de forma a controlar a desejabilidade social, e 6 itens de despistamento.

Cada item comporta duas alternativas: 1) o indivíduo controla o acontecimento (controlo interno); 2) o indivíduo está sujeito à influência do acontecimento (controlo externo). É uma escala de auto-registo e a pontuação varia de 0 a 23 pontos, no sentido da externalidade.

No nosso estudo utilizamos a versão traduzida e adaptada por Barros & Barros e Neto (1989), com normas para a população portuguesa (Anexo 5).

Escala de Locus de Controlo e Atribuição de Responsabilidades de Brewin (1981)

A escala de Brewin distingue a crença que o indivíduo tem do controlo pelos resultados positivos da crença do controlo pelos resultados negativos.

Alguns autores (Gregory, 1978; Ickes & Layden, 1978) colocaram questões em relação ao conceito de Locus de Controlo de Rotter, por considerarem que o controlo pelos resultados positivos seria equivalente ao reforço pelos resultados negativos. Gregory (1978) conclui que a escala de Rotter era mais preditiva do esforço do indivíduo para evitar resultados negativos do que para alcançar resultados positivos e considera o “controlo interno” em relação ao resultado negativo como uma fuga à punição. Verificou ainda que as pessoas “internas” despendem mais esforço na tarefa do que as “externas” em condições de punição, o que não ocorria em situações de recompensa. Assim, e para dar resposta a estas questões, surgiu, em 1981, a escala de Brewin que distingue a crença de controlo pelos resultados negativos da crença de controlo pelos resultados positivos.

A escala resultou de um questionário inicial que continha 56 itens, 34 dos quais reflectiam juízos de responsabilidade pelos resultados positivos e negativos.

A escala de Brewin foi construída para uma população adulta em geral e contém 22 itens:

- 6 constituem a medida da responsabilidade pelos resultados positivos;
- 6 constituem a medida da responsabilidade pelos resultados negativos;
- 10 são itens não cotados.

Os itens são avaliados numa escala múltipla de 5 alternativas: fortemente de acordo; de acordo; nem de acordo, nem em desacordo; em desacordo e fortemente em desacordo.

Assim, são obtidos dois valores de cotação, cada um variando entre 0 e 24 pontos. Quanto mais elevado for cada um dos valores, maior será a responsabilidade pelos resultados positivos e pelos resultados negativos.

A escala traduzida e adaptada por Neto e Barros & Barros (1988) foi utilizada no nosso estudo, estando normalizada para a população portuguesa (Anexo 6).

Escala de Auto-conceito para Adolescentes de Harter (1988)

A Escala de auto-conceito para adolescentes foi construída por Susan Harter em 1988 a partir do “Self Perception Profile for Children” (Harter, 1985). Esta escala é constituída por cinco sub-escalas destinadas a avaliar domínios específicos de auto-conceito e por uma sub-escala destinada a avaliar a auto-estima. A esta escala foram acrescentados três domínios específicos, constituindo um total de nove sub-escalas - “Self Perception Profile for Adolescents” (Harter, 1988).

A construção da escala teve por base, por um lado, o pressuposto que o auto-conceito é uma entidade psicológica complexa e multidimensional e, por outro, que os sujeitos podem fazer uma avaliação global que evidencie o grau de satisfação em relação a si próprios. Deste modo, a escala contempla uma sub-escala que pretende evidenciar esse grau de auto-satisfação, a sub-escala da auto-estima.

Harter pressupõe que o auto-conceito se diversifica à medida que o sujeito se vai desenvolvendo, pelo que apresenta uma maior quantidade de domínios a avaliar em relação à escala para crianças e pré-adolescentes.

Considerando que a auto-estima resulta da relação entre a competência do sujeito e o seu nível de aspiração, Harter (1988) considera que, se o sujeito tem sucesso em domínios considerados importantes por si próprio, este facto resultará em níveis elevados de auto-estima. Da mesma forma, baixa competência percebida em domínios considerados importantes terá como consequência um abaixamento de auto-estima. Por outro lado, a competência em domínios considerados como não importantes para o sujeito não produzirá efeitos significativos na sua auto-estima.

A escala de auto-conceito para adolescentes destina-se a sujeitos entre os 12 e os 18 anos e pretende analisar a forma como estes percebem a sua competência em diferentes domínios e avaliar a sua auto-estima, estando organizada em duas sub-escalas:

- Perfil de Auto-Percepção
- A Escala de Importância.

O Perfil de Auto-Percepção apresenta na versão original nove sub-escalas separadas, cada uma composta por cinco itens:

- **competência escolar** - forma como o adolescente se percebe quanto ao desempenho escolar;
- **competência para o trabalho** - forma como o adolescente se percebe quanto às aptidões profissionais e ao facto de estar apto para um trabalho em part-time;
- **aceitação social** - grau de aceitação do adolescente pelos seus colegas;
- **competência atlética** - modo como o adolescente se percebe ao nível das suas actividades desportivas/jogos ao ar livre;
- **aparência física** - grau de satisfação do adolescente relativamente ao seu aspecto, peso e tamanho;
- **atração romântica** - percepção do adolescente relativamente à sua capacidade de atracção romântica para com aqueles(as) por quem se sente romanticamente atraído;
- **comportamento** - forma como o adolescente se sente em relação ao modo como age: se faz coisas correctamente; se age de acordo com o que esperam dele e se evita problemas;
- **amizades íntimas** - avaliação da capacidade de fazer amigos íntimos;
- **auto-estima** - analisar se o adolescente gosta dele enquanto pessoa, se é feliz, tratando-se de um julgamento global do seu valor enquanto pessoa e não um domínio específico de competência.

Os itens que compõem a escala permitem dupla opção. Cada item tem uma estrutura alternativa, onde o sujeito tem de tomar duas decisões. Terá que escolher entre duas

descrições, aquela com se identifica mais e terá de exprimir o seu grau de identificação. A construção dos itens tem como pressuposto a existência de sujeitos que se vêem de um modo, enquanto outros se vêem de modo oposto, não envolvendo nenhuma das respostas o termo “Falso”. Os itens são apresentados por escrito, podendo as escalas ser aplicadas individual ou colectivamente. Em cada item só se pode assinalar uma situação.

Em cada uma das sub-escalas, metade dos itens estão construídos de modo que a primeira parte da afirmação reflecta alta competência, estando os restantes de modo que a primeira parte reflecta uma baixa competência. Os itens das diferentes sub-escalas vão sendo alternados e, para cada item, a cotação varia entre os valores 1 e 4 (1 indica uma baixa competência percebida e 4 indica uma alta competência percebida).

Dentro de cada escala, os itens estão contrabalançados, de modo que, para metade dos itens, a afirmação que traduz o grau mais elevado de competência esteja colocado do lado esquerdo, encontrando-se a restante metade dos itens colocada do lado direito.

Os itens com afirmação mais positiva do lado esquerdo são cotados com 4,3,2,1 (da esquerda para a direita), enquanto que para os itens traduzindo uma auto-percepção de maior competência do lado direito a cotação é inversa, 1,2,3,4, (da esquerda para a direita). Após a cotação dos diferentes itens calcula-se a média para cada sub-escala, obtendo-se, desta forma, 8 médias a partir das quais é possível traçar o perfil do sujeito.

A Escala de Importância tem por objectivo avaliar a importância atribuída pelo sujeito aos diferentes domínios considerados. Esta escala é constituída por 12 itens (dois para cada área do auto-conceito), sendo pedido ao sujeito que gradue a importância atribuída a cada um dos domínios. A estrutura, formato, administração e cotação da Escala de Importância é idêntica à de Perfil de Auto-Percepção.

Na adaptação portuguesa (Martins et al, 1996), os autores optaram por excluir a sub-escala “Competência para o Trabalho” por considerarem que “face às diferenças culturais existentes relativamente à população norte-americana, esta escala carecia de adequação à realidade portuguesa”. A versão que foi adoptada contempla, para além da

sub-escala de avaliação da auto-estima, a avaliação de sete domínios específicos do auto-conceito.

No nosso estudo utilizamos a tradução e adaptação da escala realizada por Martins et al. (1996), cujas normas para a população portuguesa estão em estudo (Anexo 7).

Brief Symptom Inventory de Derogatis - BSI - (1982)

O BSI é um inventário que avalia sintomas psicopatológicos, podendo ser aplicado a doentes do foro psiquiátrico ou psicológico e a indivíduos da população geral que não se encontrem perturbados emocionalmente. Este inventário foi elaborado, por Derogatis em 1982, a partir do "Symptom Check-List" (S.C.L. - 90R, 1977) com a finalidade de ultrapassar a desvantagem de este ser de execução demorada.

Os 53 itens que o constituem formam nove dimensões de sintomatologia, descritas por Derogatis (1982):

- **Somatização** - dimensão que reflecte o mal-estar resultante da percepção do funcionamento somático, isto é, foca queixas centradas nos sintomas cardiovasculares, gastrointestinais, respiratórios ou outro qualquer sistema com clara mediação autonómica. Dores localizadas na musculatura e outros equivalentes somáticos da ansiedade são igualmente componentes da somatização.
- **Obsessão-Compulsão** - inclui sintomas identificados com o síndrome clínico do mesmo nome. Esta dimensão inclui as cognições, impulsos e comportamentos que são experienciados como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir, embora sejam ego-distónicos e de natureza indesejada. Estão também incluídos nesta dimensão comportamentos que indicam uma dificuldade cognitiva mais geral.
- **Sensibilidade Interpessoal** - esta dimensão centra-se nos sentimentos de inadequação pessoal, inferioridade particularmente na comparação com outras pessoas. A auto-depressão, a hesitação, o desconforto e a timidez, durante as interacções sociais, são manifestações características desta dimensão.

- **Depressão** - os itens que compõem esta dimensão reflectem o grande número de indicadores de depressão clínica. Estão representados os sintomas de afecto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida.
- **Ansiedade** - indicadores gerais, tais como nervosismo e tensão, foram incluídos nesta dimensão. São igualmente contemplados sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico. Componentes cognitivas envolvem apreensão e alguns correlatos somáticos da ansiedade também foram considerados.
- **Hostilidade** - a dimensão inclui pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afectivo negativo da cólera.
- **Ansiedade Fóbica** - a ansiedade fóbica é definida como a resposta de medo persistente (em relação a uma pessoa, local ou situação) que, sendo irracional e desproporcionada em relação ao estímulo, conduz ao comportamento de evitamento. Os itens desta dimensão centram-se nas manifestações do comportamento fóbico mais disruptivas.
- **Ideação Paranóide** - esta dimensão representa o comportamento paranóide fundamentalmente como um modo perturbado de funcionamento cognitivo. O pensamento projectivo, hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo de perda de autonomia e delírios são vistos primeiramente como reflexos desta perturbação.
- **Psicoticismo** - esta escala foi desenvolvida de modo a representar este constructo como uma dimensão contínua da experiência humana. Itens indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizóide, assim como sintomas primários de esquizofrenia como alucinações e controlo de pensamento. A escala fornece um contínuo graduado desde o isolamento interpessoal ligeiro à evidência dramática de psicose.

Este inventário é um instrumento de auto-resposta em que a escolha para cada item deverá corresponder aquilo que melhor descreve a forma como determinado problema afectou o sujeito na semana que precedeu a preenchimento do questionário.

A pontuação para cada dimensão psicopatológica é obtida pela soma dos valores atribuídos aos itens (0 a 4) pertencentes a cada dimensão. A soma obtida deverá ser dividida pelo número de itens respondidos.

A partir da pontuação pode calcular-se os seguintes índices globais:

- Índice Geral de Sintomas (IGS) - deverá somar-se as pontuações de todos os itens e, seguidamente, dividir-se pelo número total de respostas (isto é, por 53, se não existirem respostas em branco);
- Total de Sintomas Positivos (TSP) - pode obter-se contando o número de itens assinalados como uma resposta positiva (isto é, maior do que zero);
- Índice de Sintomas Positivos (ISP) - calcula-se dividindo a soma de todos os itens pelo TSP.

No nosso estudo utilizamos a tradução e adaptação da escala realizada por Canavarro (1995), normalizada para a população portuguesa (Anexo 8).

Escala de Atitudes sobre a Gravidez e Maternidade de Paúl & Xavier (1996)

Esta escala tem por objectivo avaliar: 1) as atitudes das mulheres grávidas em relação à própria gravidez; 2) perceber o processo de como a gravidez é vivenciada, como contribui para o desenvolvimento pessoal e como se integra no programa de vida escolhido pela mulher; 3) compreender o tipo de cuidados prestados à criança após o nascimento.

Para a construção da escala foram realizadas observações e entrevistas não estruturadas a mulheres grávidas, de forma a recolher informação pertinente sobre a sua própria percepção da gravidez e da maternidade, do apoio do marido/companheiro e a forma como analisavam a relação com as suas mães. Com base nos elementos recolhidos, as autoras elaboraram uma escala de auto-preenchimento constituída por 71 itens, distribuídos por três áreas temáticas:

- percepção da gravidez e maternidade;
- apoio do marido/companheiro;
- relação com a própria mãe.

Cada um destes itens, distribuído de forma aleatória, era cotado numa escala de quatro pontos.

Após a aplicação a 357 mulheres grávidas, e por análise factorial, retiveram 45 itens, distribuídos por cinco sub-escalas:

- Sub-escala Gravidez como Factor de Mudança/Crescimento Pessoal, composta por 11 itens, que explora o modo como cada mãe vivenciou o período da gravidez (itens 4, 8, 19, 22, 23, 25, 31, 32, 41, 43 e 44);
- Sub-escala O bebé “imaginado”, composta por 8 itens, que explora a capacidade de imaginar o bebé perfeito (itens 2, 6, 11, 17, 27, 29, 33 e 39);
- Sub-escala “Boa mãe”, composta por 9 itens, que explora a capacidade da mãe se considerar uma educadora perfeita (itens 1, 9, 10, 12, 16, 24, 28, 30 e 34);
- Sub-escala Aspectos “Díficeis” da Gravidez/Maternidade, composta por 7 itens, que procura recolher informação sobre o período da gravidez (itens 3, 14, 18, 20, 36, 37 e 42);
- Sub-escala Relações Significativas, composta por 10 itens, que explora a forma como a mulher vivência os sentimentos de dependência (itens 5, 7, 13, 15, 21, 26, 35, 38, 40 e 45).

Segundo as autoras, as sub-escalas apresentam do ponto de vista do construto, uma lógica que vai de encontro com os três pontos questionados: a percepção da gravidez e da maternidade, o apoio do marido/companheiro e a relação com a própria mãe. Paúl & Xavier (1996) sugerem que esta escala pode ser útil no estudo da gravidez, “... nomeadamente com alguns grupos de grávidas com características particulares, como é o caso das adolescentes ou de toxicodependentes...”.

No nosso estudo utilizamos a tradução e adaptação da escala realizada por Paúl & Xavier (1996), normalizada para a população portuguesa (Anexo 9).

Escala de Recursos para Mães Adolescentes de Dunst, Leet, Vance & Cooper (1986)

A Escala de Recursos para Mães Adolescentes tem por objectivo medir a adequação de diferentes recursos no lar das mães adolescentes.

Trata-se da versão modificada da Escala de Recursos da Família (Dunst & Leet, 1987) constituída por trinta e um itens ordenados numa escala de 5 pontos, desde nada adequado (1) até quase sempre adequado (5).

Na aferição da escala, os autores mostraram a sua utilidade num estudo de mães adolescentes para identificar os determinantes do comportamento dos pais e da díade pais-criança. Os resultados incluíram o grau de complicações relacionadas com o nascimento, o bem-estar pessoal (Dunst, 1986 c) e o compromisso no cuidado com a criança (Dunst, 1986 c).

O valor total da escala foi utilizado como medida de prognóstico. Os resultados mostraram que os scores totais da escala estavam significativamente correlacionados com problemas do nascimento, com o bem estar físico e emocional da mãe, como também com o seu empenho, no que respeita ao tempo e energia concedida no cuidado com a criança. As mães com recursos adequados tinham provavelmente menos complicações no nascimento, apresentavam maior bem-estar e dedicavam mais tempo no “cuidado” a prestar aos filhos.

Esta escala foi traduzida e adaptada por nós (Anexo 10). A adaptação deste instrumento para a construção do questionário utilizado no estudo exploratório (Anexo 1) permitiu-nos recolher informações que tivemos em consideração quando elaboramos o guião de entrevista.

6. Apresentação e análise dos resultados

A nossa amostra é constituída por setenta e um sujeitos agrupados em dois grupos:

- vinte e sete jovens que foram mães durante a adolescência entre os 14 e os 19 anos;
- quarenta e quatro adolescentes e jovens sem história de gravidez entre os 14 e os 21 anos.

Para a caracterização da gravidez e da maternidade na adolescência numa zona geográfica da área do Porto procuramos estudar algumas das condicionantes destas situações. Assim, analisamos algumas variáveis individuais, familiares e sociais que constatados nos diferentes grupos:

1. Possam influenciar o aparecimento de uma gravidez;
2. Possam condicionar o comportamento de adolescentes e jovens com história de gravidez e de maternidade.

Para isso, inquirimos 27 mães adolescentes e 44 jovens sem história de gravidez.

O grupo de quarenta e quatro adolescentes e jovens sem história de gravidez permitiu o estudo destas características em dois momentos, respeitantes à idade das adolescentes na gravidez e à idade das mães adolescentes na maternidade Figura 6-1.

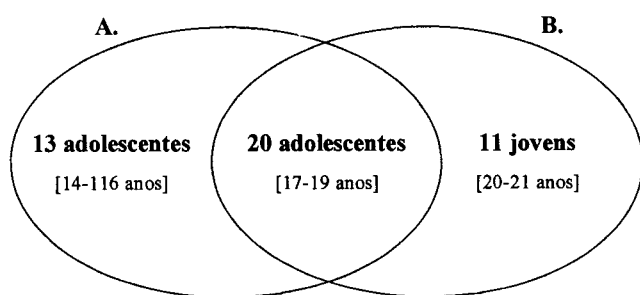


Figura 6-1 - Grupo de Adolescentes: A. 33 adolescentes entre os 14 e os 19 anos; B. 31 adolescentes e jovens entre os 17 e os 21 anos

Na primeira análise (ponto 1) será efectuada uma comparação das variáveis estudadas (Tabela 6-5) no grupo de 27 mães adolescentes na altura da sua gravidez com o subgrupo de adolescentes actualmente dentro dos limites (14-19 anos), num total de 33 adolescentes.

Tabela 6-1 - Intervalos de Idade na gravidez

	14-17 anos	18-19 anos	Total
Mães Adolescentes	12	15	27
Adolescentes	19	14	33

Tabela 6-2 - Média de Idade

	Média	d.p.
Mães Adolescentes	17,45	1,19
Adolescentes	16,79	1,75

A segunda análise (ponto 2) será efectuada em dois momentos. O primeiro momento através da comparação das variáveis em estudo (Tabela 6-6) do grupo de mães (idades entre os 17 e os 21 anos) com o subgrupo de adolescentes e jovens sem história de gravidez, actualmente dentro deste limite, perfazendo 31 adolescentes e jovens. No segundo momento será efectuado o estudo das características específicas da situação de gravidez e de maternidade pela análise de variáveis individuais, familiares e sociais no grupo das 27 mães adolescentes.

Tabela 6-3 - Intervalos de Idade (actualmente)

	17-19 anos	20-21 anos	Total
Mães Adolescentes	14	13	27
Adolescentes	20	11	31

Tabela 6-4 - Média de Idade

	Média	d.p.
Mães Adolescentes	19,44	1,31
Adolescentes	18,90	1,42

Ao longo da apresentação dos resultados trataremos o grupo de adolescentes com história de gravidez por Mães Adolescentes e o grupo sem história de gravidez por Adolescentes, ainda que algumas tenham idade superior a 19 anos, grupo que serviu para comparar com a idade actual das Mães Adolescentes.

Métodos

Para a comparação entre os dois grupos em ambos os instantes (Mães Adolescentes Vs Adolescentes, na idade da gravidez e Mães Adolescentes Vs Adolescentes, na idade actual) utilizámos os testes apropriados para a análise de tabelas de contingência, a saber, o teste exacto de Fisher (Zar, 1996, pág. 540-552) ou o teste de Qui-quadrado com a correcção de continuidade (Guimarães & Cabral, 1997, pág. 414-415), em tabelas de 2 x 2. O nível de significância considerado foi sempre $\alpha=0,05$.

Os resultados serão apresentados com os valores $\chi^2_{(g.l.)}$ (g.l.=graus de liberdade) e o correspondente valor de p.

Sempre que tratamos com variáveis quantitativas utilizamos o teste t unilateral e bilateral para a comparação de médias em amostras independentes ($t_{(g.l.)}$; p). Para a comparação de variâncias utilizamos o teste de Levene ($F_{(g.l.)}$; p) (Zar, 1996, pág. 123-161).

As variáveis indicadas nas Tabela 6-5 e Tabela 6-6 dizem respeito às características estudadas na idade da gravidez e da maternidade, respectivamente.

Tabela 6-5 - Variáveis estudadas na idade da gravidez

VARIÁVEIS	INDIVIDUAIS	<ul style="list-style-type: none"> • Estado civil • Habilitações académicas • Idade da menarca e Idade da primeira relação sexual
	FAMILIARES	<ul style="list-style-type: none"> • Agregado familiar • Número de irmãos • Fratria • Habilitações dos pais • Idade dos pais • Problemáticas familiares
	SOCIAIS	<ul style="list-style-type: none"> • Estatuto sócio-económico • Profissão dos pais • Habitação • Tipologia da habitação • Número de coabitantes • Abandono escolar • Situação profissional • Informação sobre contracepção • Planeamento familiar • Características do companheiro

As características apresentadas nas Tabela 6-5 e Tabela 6-6 foram sistematizadas partindo do individual para o social. Seleccionamos as que nos pareceram importantes, não só, pelos dados fornecidos pela pesquisa bibliográfica, como ainda as que nos pareceram bem definidas no pré-estudo que realizamos.

Tabela 6-6 - Variáveis estudadas na idade actual (maternidade)

VARIÁVEIS	INDIVIDUAIS	<ul style="list-style-type: none"> • Estado civil • Habilitações académicas • Idade da menarca e Idade da primeira relação sexual • Locus de controlo • Atribuição de responsabilidade • Auto-conceito • Sintomatologia psicopatológica
	FAMILIARES	<ul style="list-style-type: none"> • Agregado familiar • Habilitações dos pais • Idade dos pais
	SOCIAIS	<ul style="list-style-type: none"> • Estatuto sócio-económico • Profissão dos pais • Rendimento familiar • Habitação • Tipologia da habitação • Número de coabitantes • Abandono escolar • Situação profissional • Informação sobre contracepção • Planeamento familiar • Características do companheiro

Nas variáveis individuais estudamos características psicológicas e comportamentais, que foram apenas consideradas na idade da maternidade, pela comparação com o grupo de Adolescentes com idade compreendida no mesmo intervalo [17 - 21 anos].

Para uma leitura mais fácil dos nossos resultados agrupamos as variáveis do seguinte modo:

6.1. Resultados obtidos nas variáveis do grupo de adolescentes com gravidez.

6.2. Resultados obtidos nas variáveis do grupo de adolescentes e jovens com história de maternidade.

6.2.1. Comparação dos resultados obtidos nas variáveis nos dois grupos:

Mães Adolescentes e Adolescentes.

6.2.2. Estudo das características específicas à situação de gravidez e de maternidade.

6.1 Resultados obtidos nas variáveis do grupo de adolescentes com gravidez

VARIÁVEIS INDIVIDUAIS

1. Estado civil

Tabela 6-7- Estado civil

	Mãe Adolescente		Adolescente	
	f	%	f	%
solteiras	19	70%	33	100%
união de facto	4	15%	0	0%
casadas	4	15%	0	0%

Relativamente ao estado civil, as Adolescentes sem história de gravidez são todas solteiras. Já no grupo de “Mães das Adolescentes”, 70% eram solteiras, 15% viviam em união de facto e apenas 15% estavam já casadas (Tabela 6-7).

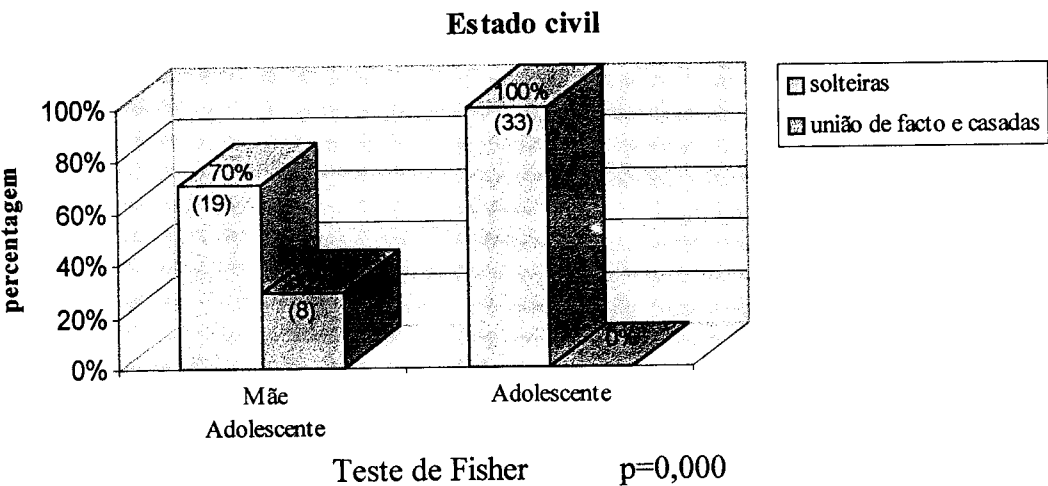


Figura 6-2 - Estado civil (antes da gravidez)

2. Habilitações académicas

Em relação à História Escolar verificamos que o número médio de anos de escolaridade completos é diferente nos dois grupos. Assim, o grupo de Mães Adolescentes completou em média oito anos de escolaridade e o grupo de Adolescentes completou em média nove anos de escolaridade. Salientamos, no entanto, que à data de recolha de dados vinte e cinco Adolescentes estavam a frequentar mais um ano de escolaridade e que, no grupo com gravidez, todas tinham abandonado a escola.

Tabela 6-8 - Habilitações académicas - n° de anos de escolaridade

	Média	d.p.
Mães Adolescentes	7,7	2,3
Adolescentes	8,5	2,2

$t_{(58)} = -1,40 \quad p = 0,170$

Não existem diferenças significativas ($p > \alpha$) entre a média do número de anos de escolaridade entre os dois grupos.

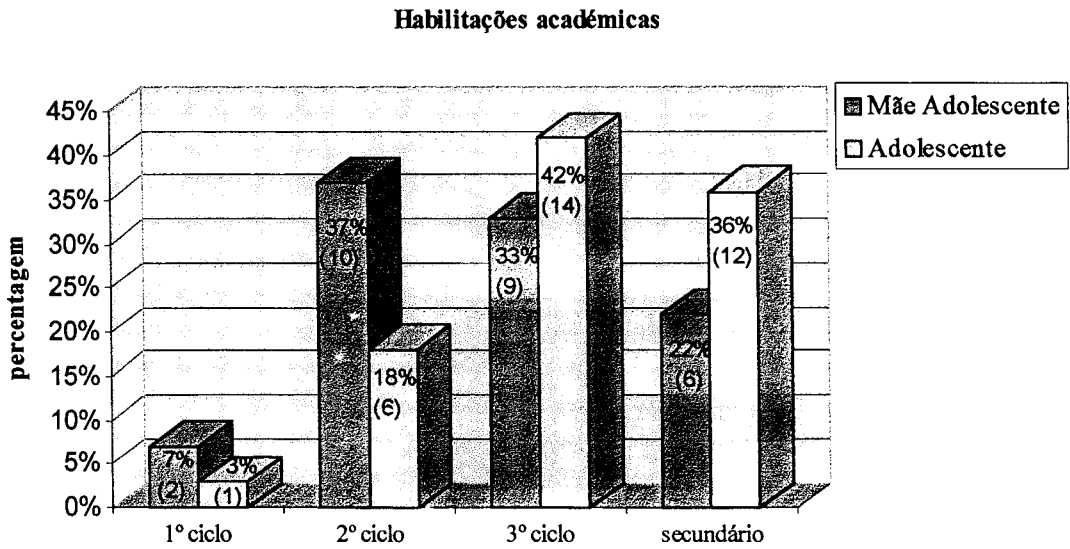


Figura 6-3 - Habilitação académica por ciclos

Pela observação da Figura 6-3, verificamos que o número de Mães Adolescentes que frequentam o 3º ciclo e o ensino secundário é inferior ao número observado para as Adolescentes, nestes mesmos ciclos escolares.

3. Idade da menarca e Idade da primeira relação sexual

Ao considerar os aspectos estudados sobre a Vida Sexual das adolescentes destes dois grupos independentes, verificamos que nos dois grupos a menarca ocorreu em média aos 12 anos, indicando que todas as adolescentes são potencialmente férteis. Todavia, se no grupo de Mães Adolescentes houve uma primeira relação, mesmo que na maioria dos casos não tivesse como resultado a gravidez, nas Adolescentes apenas oito iniciaram a vida sexual (Tabela 6-9).

Tabela 6-9 - Características da Vida Sexual

	Mãe Adolescente			Adolescente		
	n	Média	d.p.	n	Média	d.p.
Idade da menarca (em anos)	27	12,04	1,34	33	12, 21	0,96
Idade da 1ª relação (em anos)	27	16,22	1,22	8	15,75	1,49

Pela leitura da Tabela 6-9 verificamos que nos dois grupos a primeira relação sexual foi em média aos 16 anos.

VARIÁVEIS FAMILIARES

1. Agregado familiar

A constituição do agregado familiar é diferente nos dois grupos.

Antes da gravidez, 63% viviam com os pais, 7% viviam com a mãe, 19% viviam com o companheiro em casa dos pais ou dos “sogros” e 11% constituíam família nuclear (Figura 6-4).

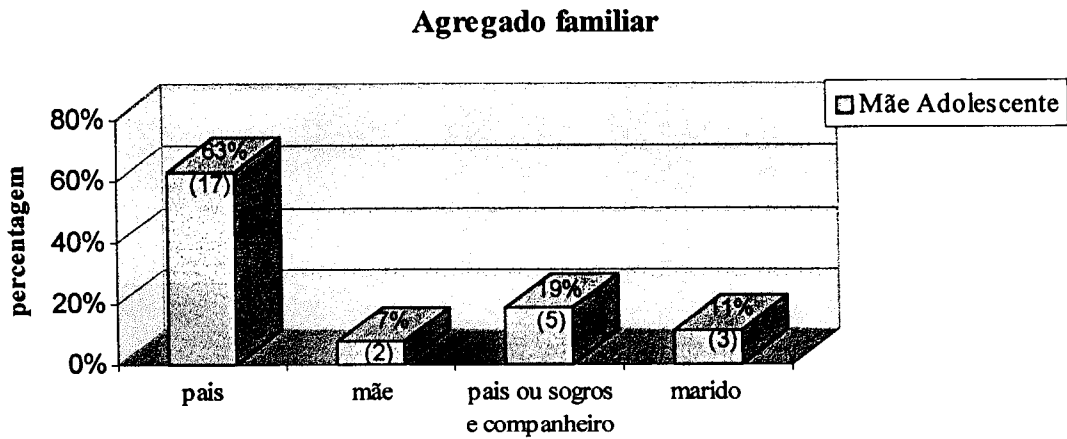


Figura 6-4 - Agregado familiar (antes da gravidez)

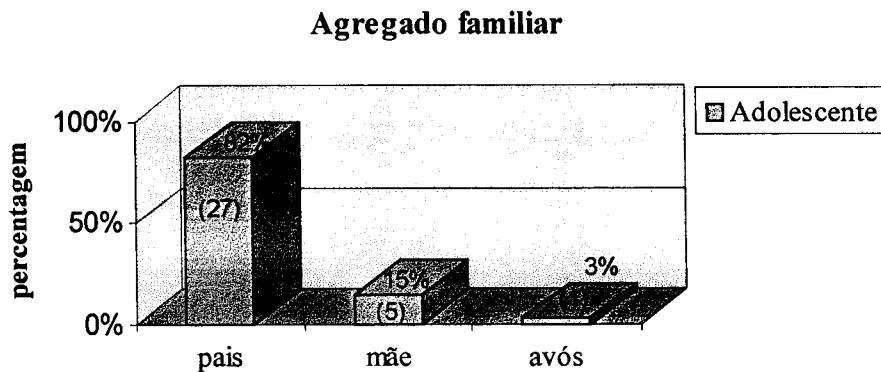


Figura 6-5 - Agregado familiar das Adolescentes

Nas Adolescentes, 82% vivem com os pais, 15% só com a mãe e 3% com os avós (Figura 6-5).

Verificamos pela Figura 6-6 que 30% das Mães Adolescentes viviam com o companheiro. No grupo de Adolescentes 97% vive com os pais (pais e só com a mãe) e 3% (uma adolescente) vive com os avós. Nenhuma coabita com o companheiro/namorado.

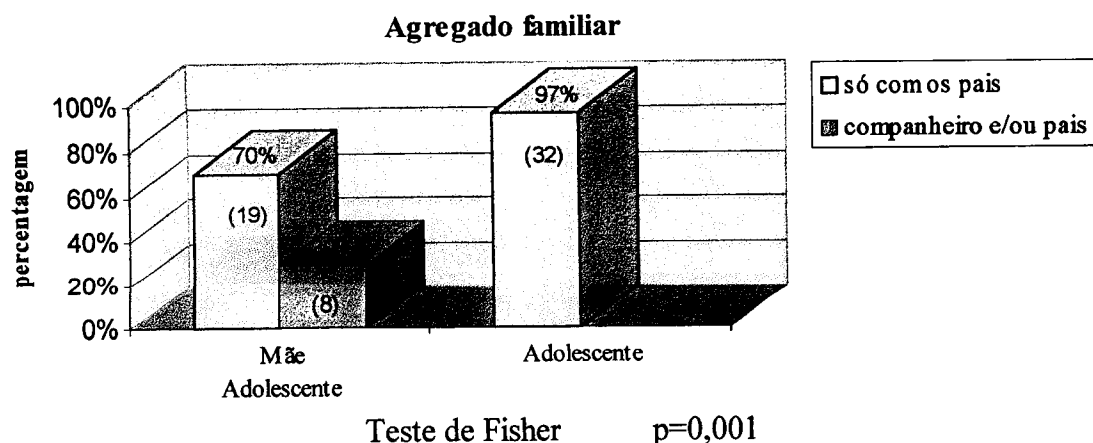


Figura 6-6 - Agregado familiar

2. Número de irmãos

Ainda relativamente ao agregado familiar verificamos que no grupo de Mães Adolescentes o número de irmãos era em média 4 (Média=3,78 \pm d.p.=2,50) e que no grupo de Adolescentes o número de irmãos é em média 1 (Média=1,30 \pm d.p.=1,61).

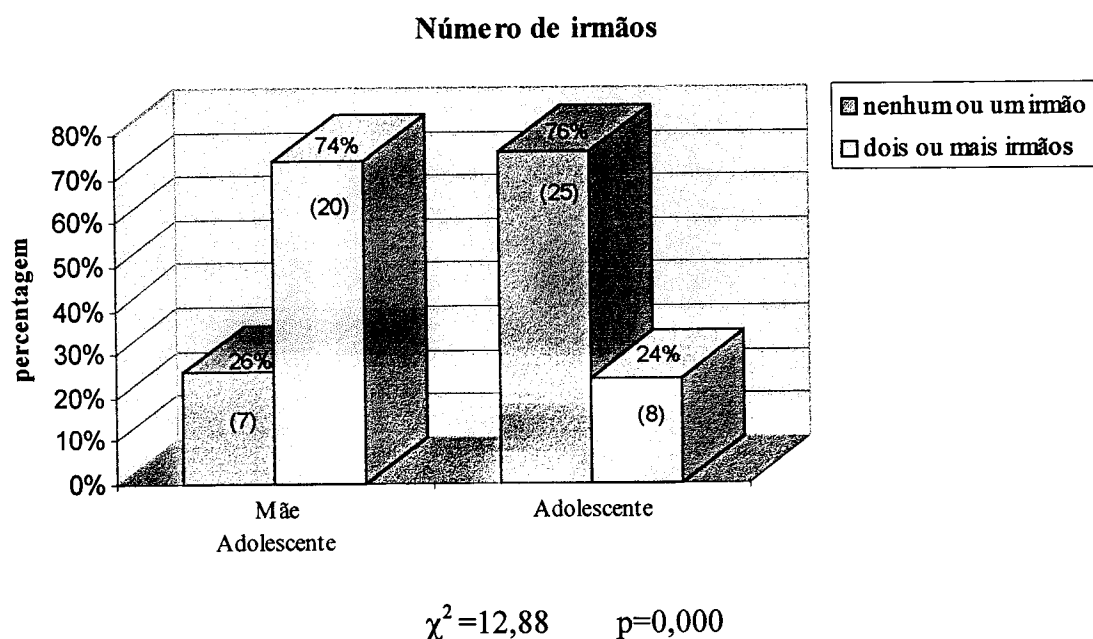


Figura 6-7 - Número de irmãos

A proporção de agregados familiares com um número de irmãos igual ao superior a 2 é significativamente ($p<\alpha$) mais elevado no grupo de Mães Adolescentes.

3. Fratria

O grupo de Mães Adolescentes ocupa em média o 3º lugar na fratria (Média=3,22 ± d.p.=1,90) e o grupo de Adolescentes ocupa em média o 2º lugar na fratria (Média=1,72 ± d.p.=1,70).

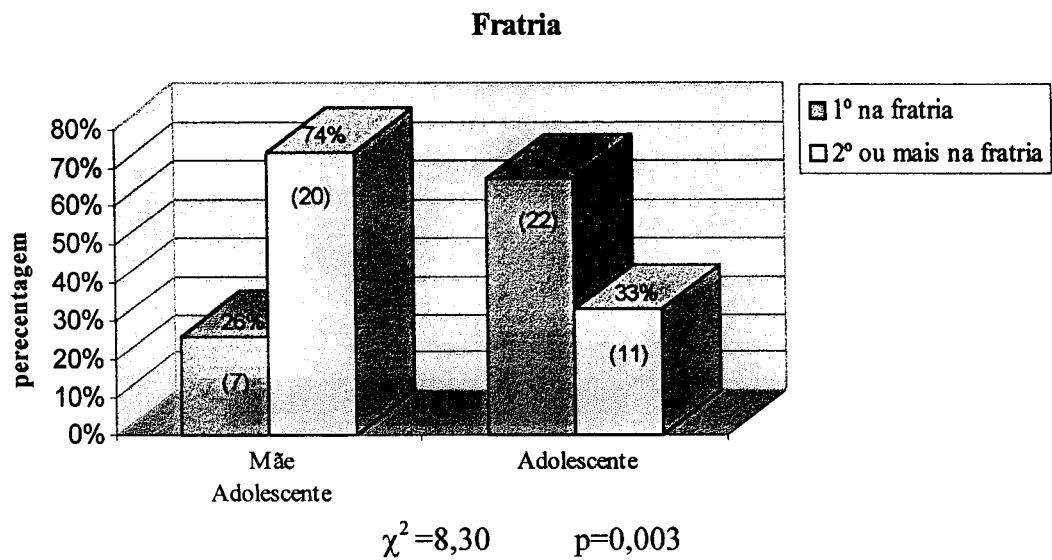


Figura 6-8 - Lugar na fratria

O grupo de Mães Adolescentes, ocupa um lugar na fratria significativamente ($p<\alpha$) mais elevado do que o grupo de Adolescentes.

4. Habilitações dos pais

Em relação à caracterização da família de origem no grupo de Mães Adolescentes, a mãe tem em média o 4º ano de escolaridade. As habilitações da mãe da Adolescente são em média o 7º ano de escolaridade (Tabela 6-10).

Tabela 6-10 - Habilitações académicas das mães - nº de anos de escolaridade

	Média	d.p.
Mães Adolescentes	4,25	2,67
Adolescentes	6,60	3,39

Levene $F=5,29$ $p=0,025$ $t_{(57,93)}=-3,00$ $p=0,004$

O número médio de anos de escolaridade das mães é significativamente ($p<\alpha$) mais baixo no grupo das Mães Adolescentes.

Habilitações da mãe da adolescente

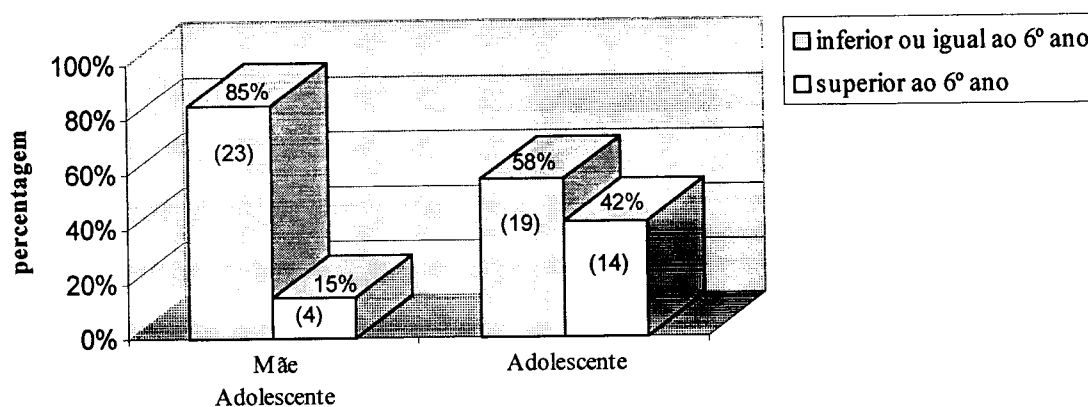


Figura 6-9 - Habilitações da mãe da adolescente

No grupo de Mães Adolescentes, 85% das suas mães têm habilitações inferiores ao 6º ano de escolaridade e 14% têm mais do que o 6º ano. Já no grupo de Adolescentes, 58% das mães têm habilitações inferiores ao 6º ano e 42% superiores ao 6º ano.

Relativamente ao pai, no grupo de Mães Adolescentes, o pai tem em média o 6º ano de escolaridade. No grupo de Adolescentes, o pai tem em média o 7º ano de escolaridade (Tabela 6-11).

Tabela 6-11 - Habilitações académicas do pai - nº de anos de escolaridade

	Média	d.p.
Mães Adolescentes	5,59	2,58
Adolescentes	6,76	3,59

Levene F=7,44 p=0,009

t_(57,12)=-1,46 p=0,150

Não existem diferenças significativas ($p > \alpha$) no número médio de anos de escolaridade do pai.

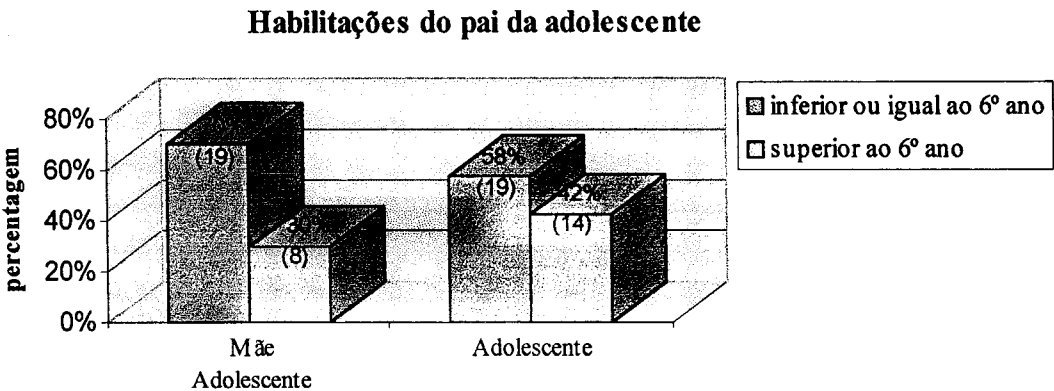


Figura 6-10 - Habilitações do pai da adolescente

Pela Figura 6-10 verificamos que, nos dois grupos, o número de pais com habilitações iguais ou inferiores ao 6º ano é idêntico, mas, no entanto, no grupo de Adolescentes, o número com habilitações superiores ao 6º ano é mais elevado.

5. Idade dos pais

Relativamente à idade dos pais, no grupo de Mães Adolescentes a idade média da mãe da adolescente era de 40 anos e no grupo de Adolescentes a mãe tem, em média, 42 anos.

Tabela 6-12 - Idade da Mãe

	Média	d.p.
Mães Adolescentes	40,23	5,57
Adolescentes	42,18	7,03

Levene $F=4,55$ $p=0,037$ $t_{(57,88)}=-1,26$ $p=0,213$

Não existem diferenças significativas ($p>\alpha$) entre a idade média da mãe nos dois grupos.

Verificamos que ambos os grupos têm a mesma classe modal (30-40 anos).

Relativamente à idade do pai da adolescente, verificamos que nos dois grupos a idade média é de 44 anos e não existem diferenças significativas. Para os dois grupos, a classe modal é a mesma (40 - 50 anos).

Relativamente à mãe das adolescentes analisamos o estado civil e a idade na sua primeira gravidez e verificamos não existirem diferenças significativas ($p>\alpha$) nos dois grupos.

6. Problemáticas familiares

A Tabela 6-13 indica as problemáticas familiares referidas pelas adolescentes.

Tabela 6-13 - Problemáticas familiares

	Mãe Adolescente		Adolescente	
	f	%	f	%
não há	3	11%	18	55%
alcoolismo	6	22%	5	15%
toxicodependência	12	44%	5	5%
interrupção voluntária da gravidez	1	4%	0	0%
gravidez na adolescência	3	11%	0	0%
reclusão	1	4%	0	0%
emocional	0	0%	1	3%
separação dos pais	1	4%	4	12%
Total	27	100%	33	100%

No grupo de Mães Adolescentes a problemática familiar referida por um maior número de adolescentes é a toxicodependência (44%), seguida do alcoolismo (22%). A problemática gravidez na adolescência é indicada por três adolescentes (11%). Neste grupo apenas três adolescentes referem não haver qualquer problemática. No grupo de Adolescentes, 55% diz não haver qualquer problemática familiar, 15% referem a toxicodependência e 15% referem o alcoolismo.

VARIÁVEIS SOCIAIS

1. Estatuto sócio-económico

Para conhecermos o estatuto sócio-económico classificamos a nossa amostra com a Escala de Warner ⁹ (Anexo 11), considerando a profissão e a instrução do “cabeça de casal”. Quando a adolescente vivia com o companheiro, a classificação foi determinada pela profissão do companheiro, excepto nas situações em que estavam desempregados. Nestas situações consideramos a profissão e o grau de instrução da adolescente.

Tabela 6-14 - Estatuto sócio-económico

	Mãe Adolescente		Adolescente	
	f	%	f	%
nível 2	0	0%	2	6%
nível 3	1	4%	12	37%
nível 4	9	33%	5	15%
nível 5	17	63%	14	42%
Total	27	100%	33	100%

⁹ A escala de Warner para avaliação do Estatuto sócio-económico (adaptação para Portugal) estabelece 5 níveis de acordo com a profissão e o grau académico. Ao nível mais elevado (nível 5) corresponde o estatuto sócio-económico mais baixo. In Bairrão, J. et al. (1979), pág. 88-91.

Pela leitura da Tabela 6-14 verificamos que, em ambos os grupos de adolescentes, o estatuto sócio-económico mais representado percentualmente é o nível 5. No entanto, no grupo de Adolescentes o nível 2 é contemplado com 6%, enquanto que no grupo de Mães Adolescentes é 0.

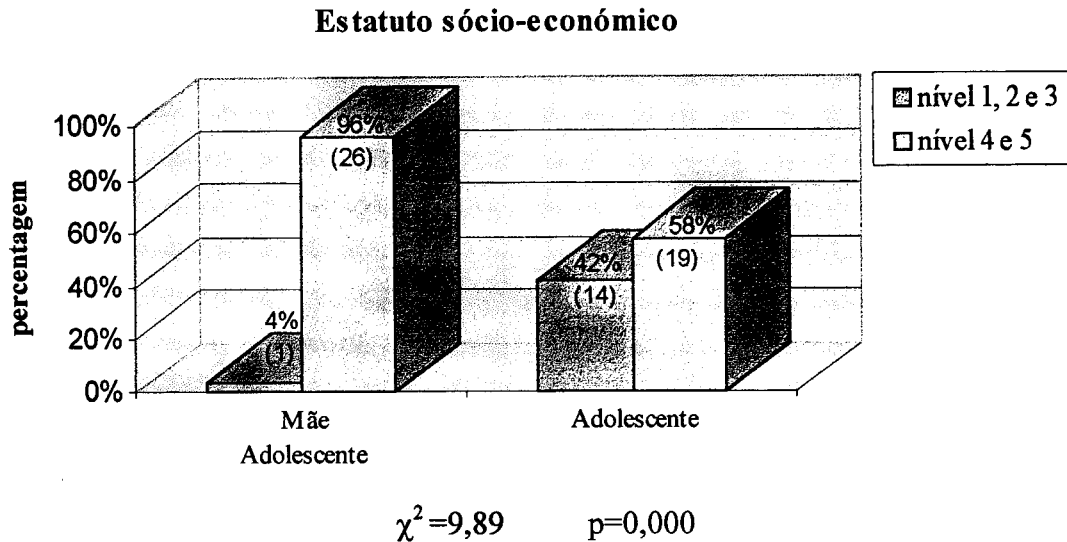


Figura 6-11 - Estatuto sócio-económico

Verificamos que os agregados familiares das Mães Adolescentes, na altura da gravidez, eram, em termos do Estatuto sócio-económico, mais desfavorecidos, visto que a proporção de agregados de nível 4 e 5 é significativamente ($p<\alpha$) mais elevada.

2. Profissão dos pais

Para os dois grupos, a actividade profissional dos pais é, na generalidade, pouco diferenciada (Anexo 12). Todavia, no grupo de Adolescentes, verificamos a existência de actividades profissionais especializadas como “enfermeira”, “locutora” e “economista” na mãe e “desenhador”, “escriturário” e “advogado” no pai.

3. Habitação

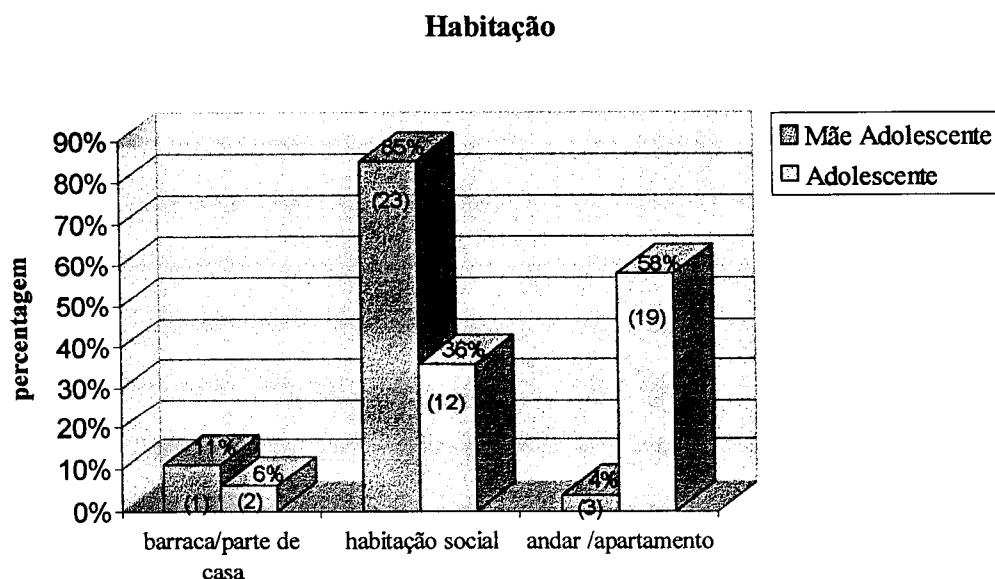


Figura 6-12 - Habitação do agregado familiar

Relativamente ao tipo de habitação, no grupo de Mães Adolescentes, 85% viviam em habitação social, 11% em andar (apartamento) e 4% vivia em barracas. Já no grupo de Adolescentes, 58% vivem em andar (apartamento), 36% em habitação social e 6% em parte de casa (Figura 6-12).

O estudo da variável social Habitação está representado na Figura 6-13.

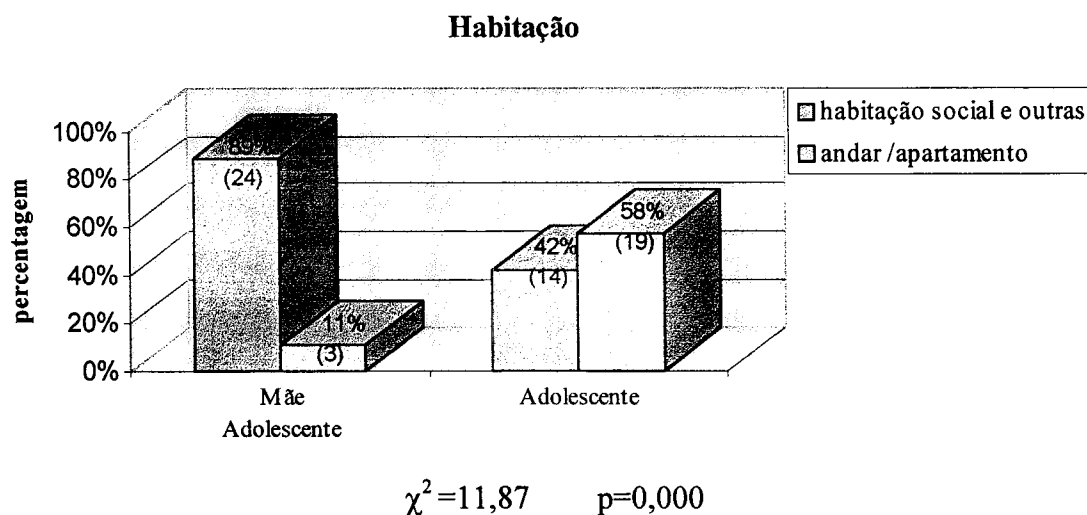


Figura 6-13 - Habitação

A proporção de adolescentes a viver em habitação do tipo social é significativamente ($p < \alpha$) mais elevada no grupo de Mães Adolescentes.

4. Tipologia da habitação

Foi nosso objectivo analisar a tipologia da habitação, considerando para isso o número de divisões, com a excepção da casa-de-banho, cozinha e dispensa. No grupo de Mães Adolescentes, a habitação tinha em média tipologia 2 (Média=2,48 \pm d.p.=0,7). Já no grupo de Adolescentes vivem em média numa habitação de tipologia 3 (Média=3,39 \pm d.p.=1,02).

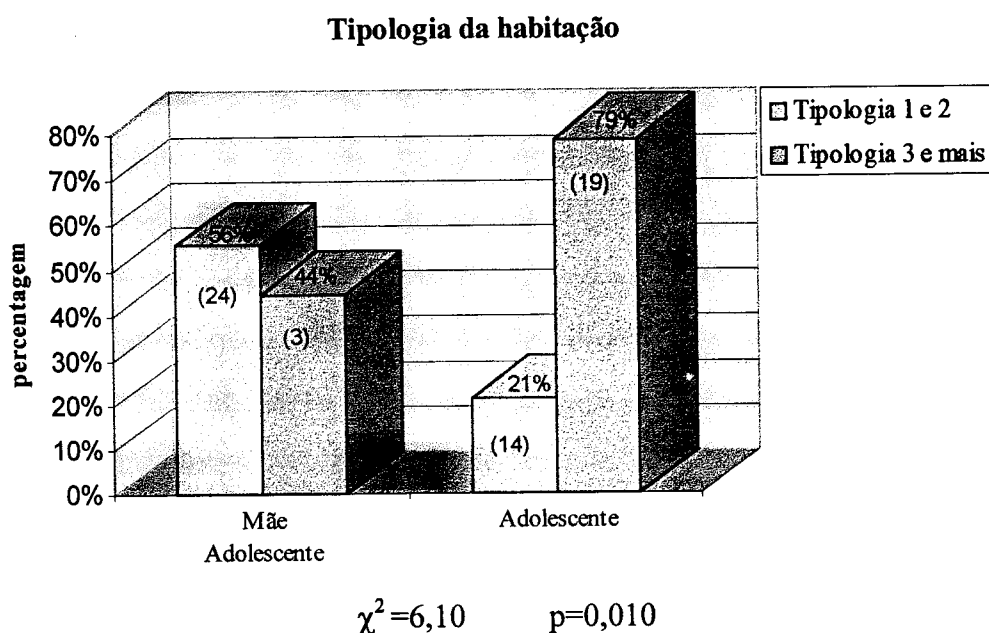


Figura 6-14 - Tipologia da habitação

A proporção de adolescentes a viver numa habitação de tipologia 1 ou 2 é significativamente ($p < \alpha$) mais elevada no grupo de Mães Adolescentes.

5. Número de coabitantes

O número de coabitantes é em média 5 (Média=5,48 \pm d.p.=2,55) para o grupo de Mães Adolescentes e 4 (Média=4,15 \pm d.p.=1,00) para o grupo de Adolescentes.

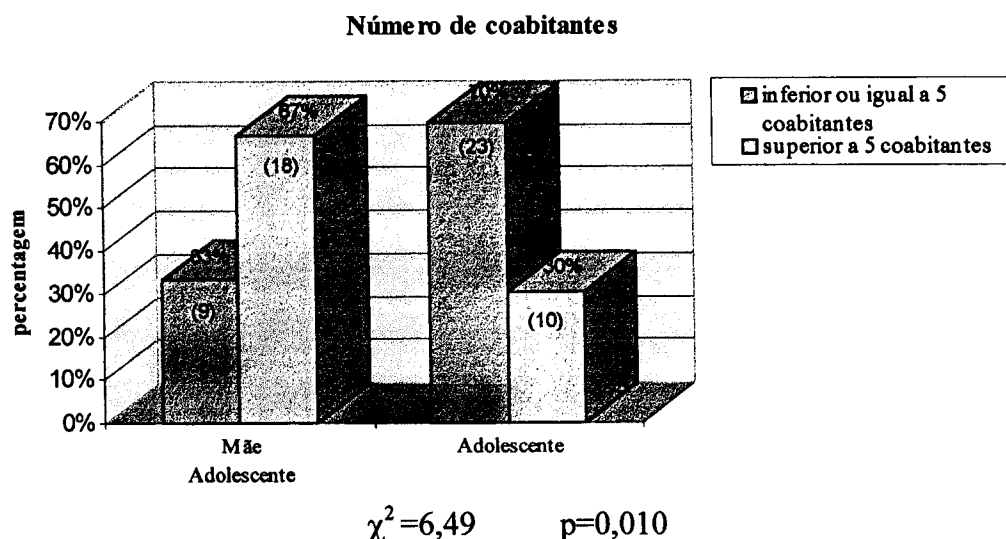


Figura 6-15 - Número de coabitantes

O número médio de coabitantes é significativamente ($p<\alpha$) mais elevado no grupo de Mães Adolescentes.

6. Abandono escolar

No grupo de Mães Adolescentes, 67% abandonaram a escola antes da gravidez e no grupo de Adolescentes apenas 24% o fizeram. Os motivos são indicados na Tabela 6-15.

Tabela 6-15 - Motivos do abandono escolar

	Mãe Adolescente		Adolescente	
	f	%	f	%
falta de motivação	9	33%	3	9%
insucesso escolar	3	11%	3	9%
necessidade económica	5	19%	1	3%
independência económica	1	4%	0	0%
imposição da família	0	0%	1	3%
Total	18	67%	8	24%

Do grupo de oito Adolescentes que abandonaram a escola, sete tem vontade de voltar a estudar, assinalando "... não sabia estudar, não fixava as coisas, estava desanimada";

“tinha muita pressão quando tinha negativas, comecei a chatear-me e quis deixar a escola”, “arranjei emprego e já não fui para o 7º ano. Vou inscrever-me à noite”.

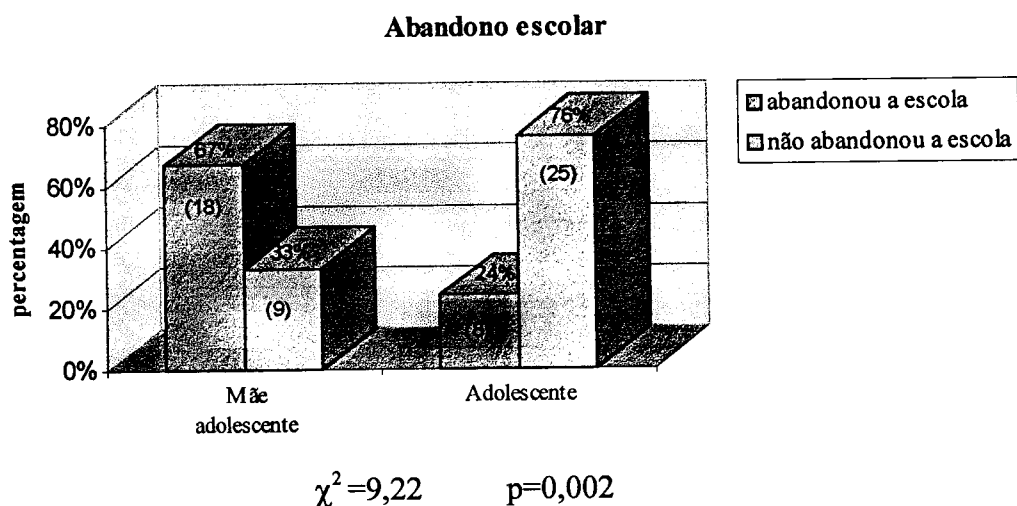


Figura 6-16 - Abandono escolar

A proporção de adolescentes que abandonaram a escola é significativamente ($p<\alpha$) mais elevada no grupo de Mães Adolescentes.

7. Situação profissional

Tabela 6-16 - Actividade profissional antes da gravidez para o grupo de Mães Adolescentes

	Mãe Adolescente
empregada de supermercado	2
operária fabril	4
empregada de café	2
empregada de limpeza	4
balconista	2
empregada de discoteca	1
Total	15

No grupo de Mães Adolescentes, quinze tinham actividade profissional, na maioria pouco diferenciada. Destas, seis tinham contrato a prazo e quatro não tinham benefícios

da Segurança Social. Das restantes doze, três nunca tinham procurado trabalho e nove continuavam a estudar (Tabela 6-16).

No grupo de Adolescentes, apenas oito têm as actividades profissionais descritas na Tabela 6-17, duas com contrato a prazo e três sem benefícios da Segurança Social. As restantes continuam a estudar (76%).

Tabela 6-17 - Actividade profissional para o grupo de Adolescentes

	Adolescente
empregada de supermercado	1
empregada de café	2
empregada de limpeza	1
balconista	1
aprendiz de costura	1
auxiliar de cabeleireiro	2
Total	8

O estudo da variável social Situação profissional está representado na Figura 6-17.

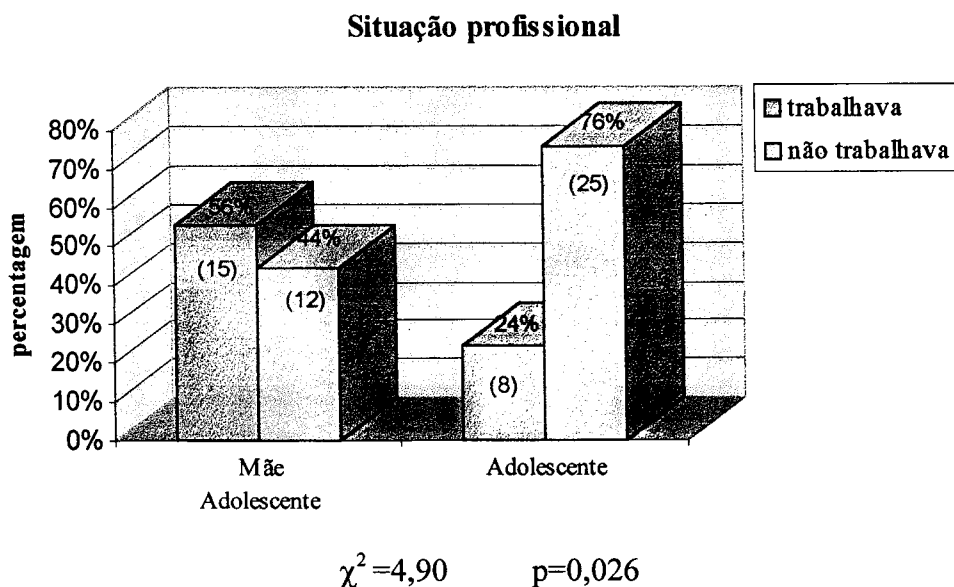


Figura 6-17 - Situação profissional

A proporção de adolescentes que tem emprego é significativamente ($p<\alpha$) mais elevada nas Mães Adolescentes.

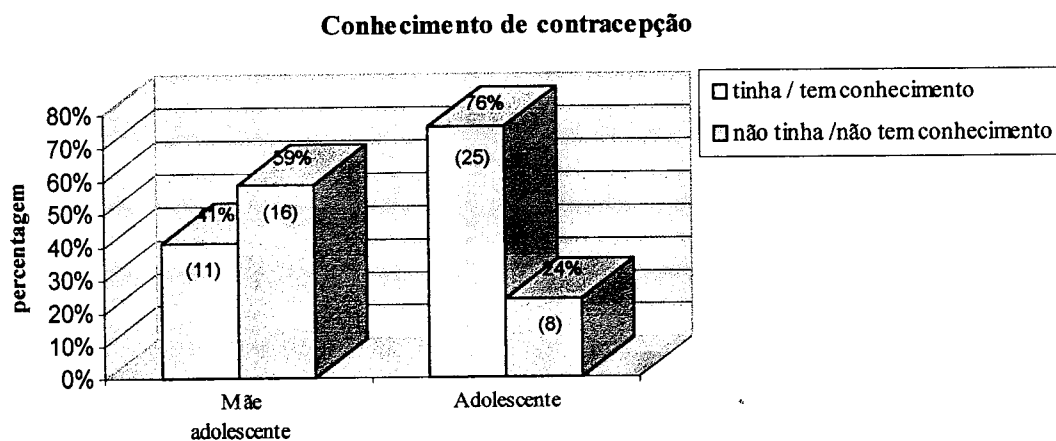
8. Informação sobre contracepção

Tabela 6-18 - Contracepção

	Mãe Adolescente		Adolescente	
	f/n	%	f/n	%
primeira relação sem contracepção	16/27	59%	4/8	50%
primeira relação com contracepção	11/27	41%	4/8	50%

Pela leitura da Tabela 6-18 verificamos que, no grupo de Mães Adolescentes, 59% não fez contracepção na primeira relação sexual por desconhecerem a utilidade dos contraceptivos na prevenção da gravidez. As adolescentes que fizeram contracepção utilizaram o preservativo, cones vaginais e contraceptivo hormonal. Três tiveram conhecimento da utilização do preservativo através do companheiro na primeira relação sexual.

No grupo de Adolescentes, apenas quatro (em oito) fizeram contracepção (hormonal e com preservativo). Da totalidade, 76% sabe nomear os contraceptivos e conhece a sua utilidade na prevenção da gravidez. No entanto, 24% não demonstra este conhecimento, associando a utilização do preservativo à prevenção da doença e o contraceptivo hormonal a terapêutica a realizar após o casamento.



$$\chi^2=6,19 \quad p=0,012$$

Figura 6-18 - Conhecimento da contracepção

A proporção de adolescentes que dizem ter conhecimentos sobre contracepção é significativamente ($p < \alpha$) mais baixa no grupo de Mães Adolescentes.

Tabela 6-19 - Principal fonte da informação sobre a contracepção

	Mãe Adolescente		Adolescente	
	f	%	f	%
mãe	9	33%	12	36%
médica	9	33%	7	21%
familiares e amigos	6	22%	7	21%
escola	1	4%	2	6%
leituras e televisão	2	7%	5	15%
Total	27	100%	33	100%

A principal fonte de informação sobre a contracepção para o grupo de Mães Adolescentes foi a mãe, a médica e os amigos. Todavia, esta informação foi dada, de forma aleatória, relativamente à primeira relação sexual. No grupo de Adolescentes, mesmo não sendo a informação completa para a totalidade, é indicada a mãe, a médica e os amigos como principal fonte de informação. A escola, as leituras e a televisão quase não são referidas como principal fonte de informação sobre a contracepção (Tabela 6-19).

9. Planeamento familiar

Tabela 6-20 - Planeamento familiar

	Mãe Adolescente		Adolescente	
	f/n	%	f/n	%
consulta de planeamento familiar	12/27	44%	10/33	33%

A Tabela 6-20 indica-nos a percentagem de adolescentes dos dois grupos que já realizou consulta de Planeamento familiar no Centro de Saúde. Antes da ocorrência de gravidez, cinco adolescentes tinham iniciado contracepção sem indicação clínica, tendo procurado, posteriormente, a consulta de Planeamento familiar. No grupo de Adolescentes, dez já fizeram consulta de Planeamento familiar. Saliente-se que duas destas Adolescentes tinham tido relação sexual antes desta consulta, outras cinco iniciaram a vida sexual depois da consulta e três ainda não tinham tido relação sexual. Actualmente, das 8 Adolescentes que iniciaram a vida sexual, 7 fazem regularmente consulta de Planeamento familiar.

10. Características do companheiro ou marido

Pela Tabela 6-21 verificamos que, no grupo de Mães Adolescentes, o companheiro/marido tinha em média 8 anos de escolaridade e todos abandonaram a escola. Já no grupo de Adolescentes só vinte e seis adolescentes têm companheiro/namorado. Neste grupo, o companheiro/namorado tem em média 10 anos de escolaridade e doze continuam a estudar, frequentando dois o ensino superior.

Tabela 6-21 - Habilitações Académicas do companheiro/marido/namorado

	Média	d.p.
Mães Adolescentes	7,52	2,75
Adolescentes	9,62	2,11

$$t_{(51)}=-3,10 \quad p=0,003$$

O número médio de anos de escolaridade do companheiro/marido/namorado é significativamente ($p<\alpha$) mais baixo no grupo de Mães Adolescentes.

Relativamente à idade do companheiro verificamos que, no grupo de Mães Adolescentes, o companheiro tinha em média 21 anos (Média=20,70 \pm d.p.=3,92) e no grupo de Adolescentes tem em média 19 anos (Média=18,88 \pm d.p.=3,32).

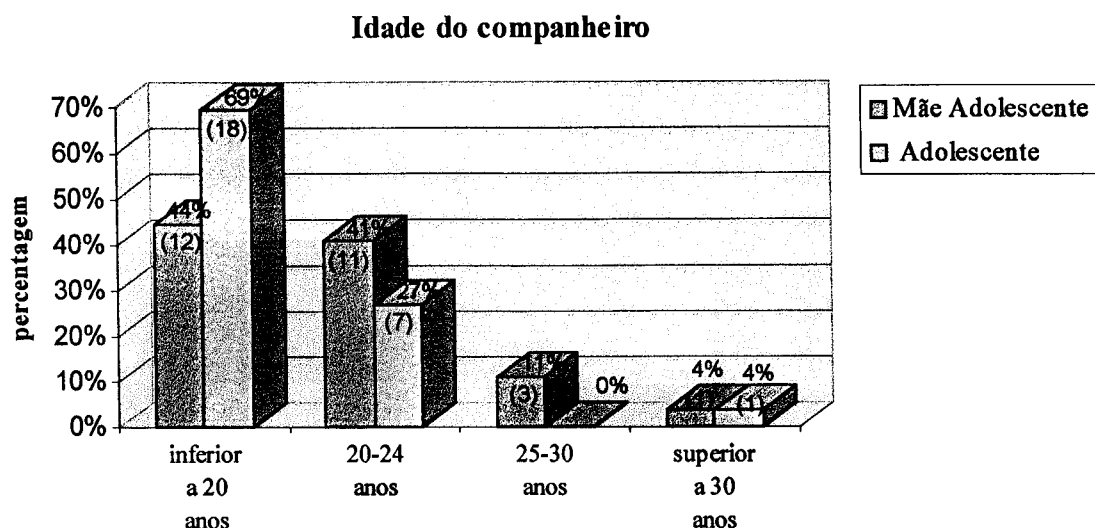


Figura 6-19 - Idade do companheiro/marido/namorado

Pela Figura 6-19 verificamos que, no grupo de Mães Adolescentes, mais de metade dos companheiros tinha idade superior a 19 anos (56%). No grupo de Adolescentes verifica-se ser a maior percentagem (69,2%) no intervalo inferior a 20 anos.

Os resultados apresentados estão sintetizados na Tabela 6-22 de forma a permitir uma leitura integrada das diversas variáveis estudadas a nível individual, familiar e social. Para a análise diferenciada dos resultados colocámos, seriados na vertical, os dados estatisticamente significativos na coluna da esquerda e estatisticamente não significativos na coluna da direita. Note-se que os verificados nesta última coluna parecem indicar uma tendência bem definida como anteriormente foi referido.

Nas variáveis *Problemáticas familiares*, *Profissão dos pais* e *Planeamento familiar* não utilizamos testes estatísticos para a comparação dos dois grupos, tendo apenas calculado a respectiva proporção. Assim, verificamos maior tendência de problemáticas familiares no grupo de Mães Adolescentes, onde a profissão dos pais é tendencialmente menos diferenciada. A aproximação da percentagem das consequências do Planeamento familiar na gravidez poderá dever-se ao tamanho da nossa amostra (12 Mães Adolescentes em 27 fizeram consulta de Planeamento familiar e 10 Adolescentes em 33 fizeram, também, esta consulta).

Tabela 6-22 - Resultados obtidos nas variáveis estudadas na idade da gravidez

Variáveis estudadas na idade da gravidez		Estatisticamente significativo ($p < \alpha$) ¹⁰	Estatisticamente não significativo ($p > \alpha$)
Individuais	Estado civil	*	
	Habilitações académicas		*
	Idade da menarca e		*
	Idade da primeira relação sexual		*
Familiares	Agregado familiar	*	
	Número de irmãos	*	
	Fratria	*	
	Habilitações dos pais		
	⇒ mãe	*	
	⇒ pai		*
Sociais	Idade dos pais		*
	Estatuto sócio-económico	*	
	Habitação	*	
	Tipologia da habitação	*	
	Número de coabitantes	*	
	Abandono escolar	*	
	Situação profissional	*	
	Informação sobre contraceção	*	
	Características do companheiro		
	⇒ habilitações do companheiro	*	

¹⁰ $\alpha=0,05$

ANÁLISE ECOLÓGICA (Adolescente)

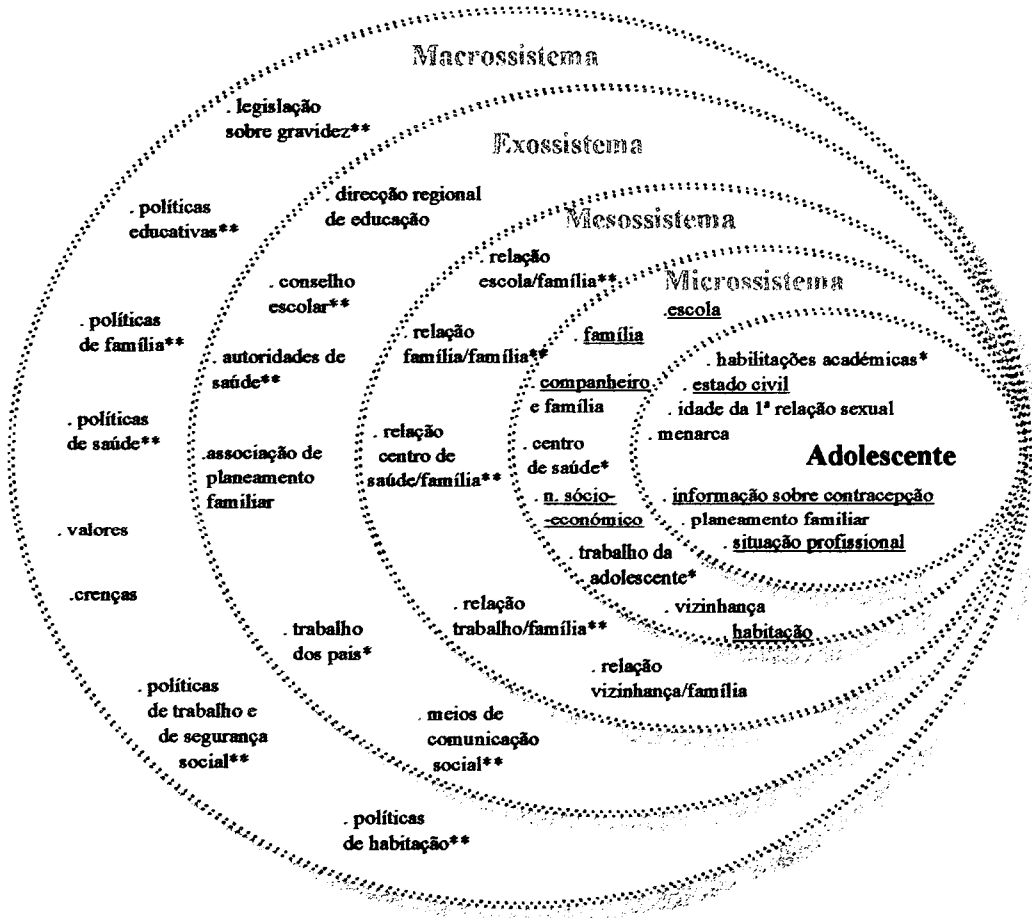


Figura 6-20 - Modelo ecológico de organização de variáveis na gravidez e na maternidade na adolescência

Na Figura 6-20 estão indicadas variáveis específicas a cada sistema, estudadas directa ou indirectamente. Assim, as variáveis sublinhadas indicam haver diferença estatisticamente significativa. Destas, salientamos a “família”, onde se verificaram diferenças a nível do agregado familiar, do número de irmãos, do lugar na fratria, da habilitação académica da mãe da adolescente e, a “habitação”, onde igualmente se verificou diferença no tipo, na tipologia e no número de coabitantes. As variáveis assinaladas com * indicam a existência de tendência, apesar da diferença não ser significativa. Estão ainda assinaladas algumas variáveis ** a nível do macro, do exossistema e do mesossistema que indirectamente foram analisadas e que provavelmente contribuem para a compreensão global destes fenómenos.

6.2 Resultados obtidos nas variáveis do grupo de adolescentes e jovens com história de maternidade

6.2.1 Comparação dos resultados obtidos nas variáveis nos dois grupos:

Mães Adolescentes e Adolescentes

VARIÁVEIS INDIVIDUAIS

1. Estado civil

Relativamente ao estado civil as Adolescentes são todas solteiras. Já no grupo de Mães Adolescentes houve alterações pela gravidez. Assim, 59% são casadas, 15% vivem em união de facto e 26% são solteiras.

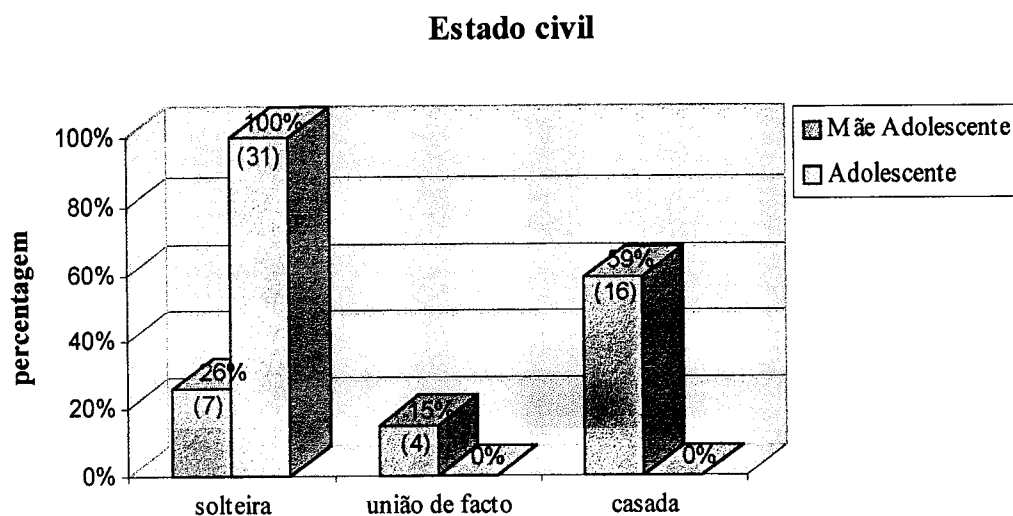


Figura 6-21 - Estado civil (actual)

2. Habilitações académicas

Na História Escolar verificamos que o número médio de anos de escolaridade completos é diferente nos dois grupos. O grupo de Mães Adolescentes completou em média oito anos de escolaridade e o grupo de Adolescentes completou em média dez anos de escolaridade.

Tabela 6-23 - Habilitações académicas - nº de anos de escolaridade

	Média	d.p.
Mães Adolescentes	7,7	2,4
Adolescentes	10,1	2,4

$t_{(56)} = -3,75 \quad p = 0,000$

Existe diferença significativa ($p < \alpha$) entre a média do número de anos de escolaridade entre os dois grupos.

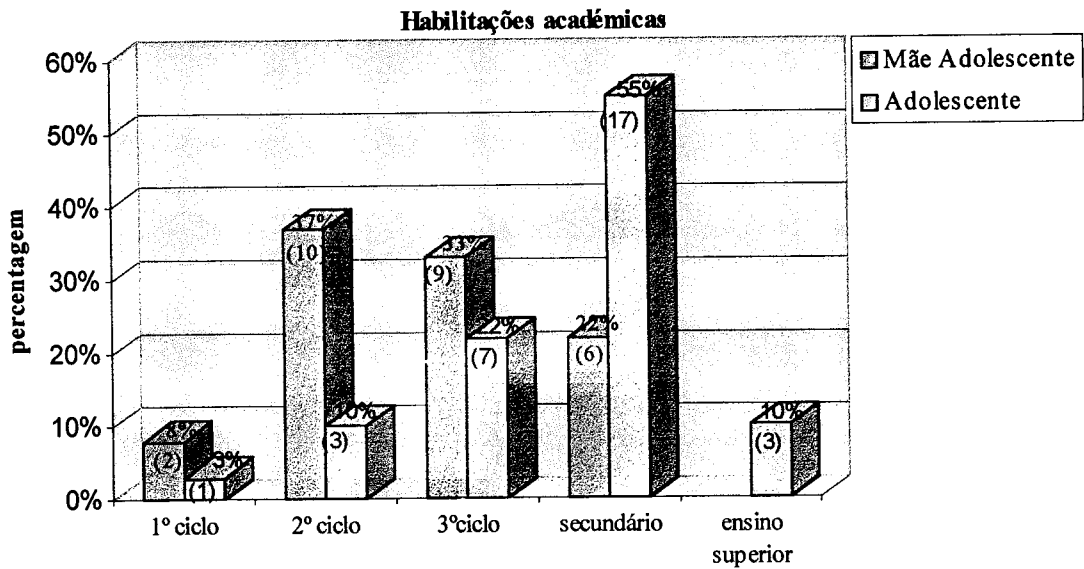


Figura 6-22 - Habilitação académica por ciclos

Verificamos, pela observação da Figura 6-22, que o número de Mães Adolescentes que frequentam o 3º ciclo e o ensino secundário é inferior ao número de Adolescentes que frequentam os mesmos ciclos escolares. No grupo de Adolescentes há já frequência no ensino superior.

3. Idade da menarca e Idade da primeira relação sexual

No grupo de Adolescentes verificamos que a menarca ocorreu em média aos 12 anos e apenas treze iniciaram a vida sexual em média aos 16 anos.

Tabela 6-24 - Características da Vida Sexual

	Mãe Adolescente			Adolescente		
	n	Média	d.p.	n	Média	d.p.
Idade da menarca (em anos)	27	12,04	1,34	31	12,35	1,05
Idade da 1ª relação (em anos)	27	16,22	1,22	13	16,08	1,66

4. Locus de controlo

Na Tabela 6-25 estão indicadas as médias obtidas nos dois grupos de adolescentes para esta variável individual.

Tabela 6-25 - Locus de controlo

	Média	d.p.
Mães Adolescentes	11,78	3,45
Adolescentes	11,32	3,71

$t_{(56)} = -0,48 \quad p = 0,632$

Não existe diferença significativa ($p > \alpha$) entre as médias do locus de controlo nos dois grupos.

5. Atribuição de responsabilidade

A escala utilizada indica-nos a atribuição de responsabilidade pelos resultados negativos (Tabela 6-26) e de responsabilidade pelos resultados positivos (Tabela 6-27).

Tabela 6-26 - Atribuição de responsabilidade pelos resultados negativos

	Média	d.p.
Mães Adolescentes	16,15	3,84
Adolescentes	18,13	3,19

$t_{(56)}=-1,86 \quad p= 0,036$

Verificamos que existe diferença significativa ($p<\alpha$) entre as médias de atribuição de responsabilidade pelos resultados negativos nos dois grupos.

Tabela 6-27 - Atribuição de responsabilidade pelos resultados positivos

	Média	d.p.
Mães Adolescentes	20,85	3,11
Adolescentes	20,77	2,49

$t_{(56)}=0,11 \quad p= 0,916$

Verificamos não existir diferença significativa ($p>\alpha$) entre as médias de atribuição de responsabilidade pelos resultados positivos.

6. Auto-conceito

O estudo desta variável individual permite analisar a auto-percepção e a importância atribuída aos diferentes domínios do auto-conceito.

Tabela 6-28 - Auto-percepção de diferentes domínios do auto-conceito

	Mãe Adolescente		Adolescente	
	Média	d.p.	Média	d.p.
Aceitação social	2,73	0,66	2,90	0,67
Amizades íntimas	3,02	0,74	3,30	0,64
Aparência física	2,76	0,88	2,52	0,75
Atracção romântica	2,87	0,71	2,90	0,43
Comportamento atlético	2,32	0,64	2,20	0,53
Comportamento escolar	2,53	0,61	2,67	0,57
Comportamento	2,92	0,69	2,90	0,51
Auto-estima global	3,02	0,69	3,01	0,55

Verificamos não haver diferença significativa ($p > \alpha$) entre as médias de auto-percepção de domínios do auto-conceito nos dois grupos.

Tabela 6-29 - Importância atribuída aos diferentes domínios do auto-conceito

	Mãe Adolescente		Adolescente	
	Média	d.p.	Média	d.p.
Aceitação social	2,70	0,74	2,69	0,68
Amizades íntimas	3,83	0,31	3,81	0,38
Aparência física	3,28	0,82	2,97	0,66
Atracção romântica	3,76	0,40	3,68	0,42
Comportamento atlético	2,22	0,79	2,24	0,72
Comportamento escolar	3,57	0,60	3,35	0,59

Não existe diferença significativa ($p > \alpha$) nas médias da importância atribuída aos domínios indicados na Tabela 6-29.

Tabela 6-30 - Importância atribuída para o domínio - Comportamento

	Mãe Adolescente		Adolescente	
	Média	d.p.	Média	d.p.
Comportamento	3,85	0,37	3,52	0,63

Levene $F=4,18$ $p=0,046$
 $t_{(49,74)}=2,24$ $p=0,029$

Existe diferença significativa ($p<\alpha$) entre as médias de importância atribuída ao comportamento dos dois grupos.

7. Sintomatologia psicopatológica

A Tabela 6-31 indica as médias das dimensões de sintomatologia nos dois grupos.

Tabela 6-31 - Dimensões de sintomatologia

	Mãe Adolescente		Adolescente	
	Média	d.p.	Média	d.p.
Ansiedade	1,00	0,70	1,00	0,88
Depressão	0,85	0,82	0,93	0,79
Hostilidade	0,94	0,73	1,02	0,77
Ideação paranóide	1,219	0,65	1,01	0,57
Obsessão compulsão	1,03	0,70	1,01	0,66
Psicotissismo	0,75	0,57	0,59	0,76
Sensibilidade interpessoal	0,90	0,78	0,80	0,67
Índice de sintomas positivos	1,69	0,42	1,59	0,47
Índice geral de sintomas	0,93	0,59	0,79	0,54
Total de sintomas positivos	27,63	12,84	24,94	10,97

Verificamos não existir diferença significativa ($p>\alpha$) nas médias das dimensões de sintomatologia dos dois grupos.

Tabela 6-32 - Dimensão - Ansiedade fóbica

	Mãe Adolescente		Adolescente	
	Média	d.p.	Média	d.p.
Ansiedade fóbica	0,73	0,62	0,33	0,37

Levene F=10,56 p=0,002
t_(41,08)=2,92 p= 0,006

Existe diferença significativa ($p<\alpha$) entre as médias da dimensão ansiedade fóbica dos dois grupos.

Tabela 6-33 - Dimensão - Somatização

	Mãe Adolescente		Adolescente	
	Média	d.p.	Média	d.p.
Somatização	0,84	0,76	0,46	0,44

Levene F=8,96 p=0,004
t_(40,77)=2,33 p= 0,025

Existe diferença significativa ($p<\alpha$) entre as médias da “somatização” dos dois grupos.

Na Tabela 6-31 está indicada a média do Índice de Sintomas Positivos (ISP) para o grupo de Mães Adolescentes (Média=1,69 ± d.p.=0,42) e para o grupo de Adolescentes (Média=1,59 ± d.p.=4,67).

Tabela 6-34 - Índice de Sintomas Positivos

	Mãe Adolescente		Adolescente	
	f	%	f	%
ISP<1,7	11	41%	20	65%
ISP≥1,7	16	59%	11	35%
Total	27	100%	31	100%

A Tabela 6-34 indica que o número de adolescentes com ISP igual ou superior a 1,7 é mais elevado no grupo de Mães Adolescentes (59%). O valor de ISP, quando igual ou superior a 1,7, é referido como o valor a partir do qual se pode indicar que o indivíduo está emocionalmente perturbado (Canavarro, in press).

VARIÁVEIS FAMILIARES

1. Agregado familiar

A constituição do agregado familiar é diferente nos dois grupos. No grupo de Mães Adolescentes verificaram-se alterações no agregado familiar. Actualmente, 15% vivem com os pais, 7% vivem só com a mãe, 26% vivem com o companheiro em casa dos pais/sogros, 48% vivem com o marido/companheiro e 4% vivem sozinhas.

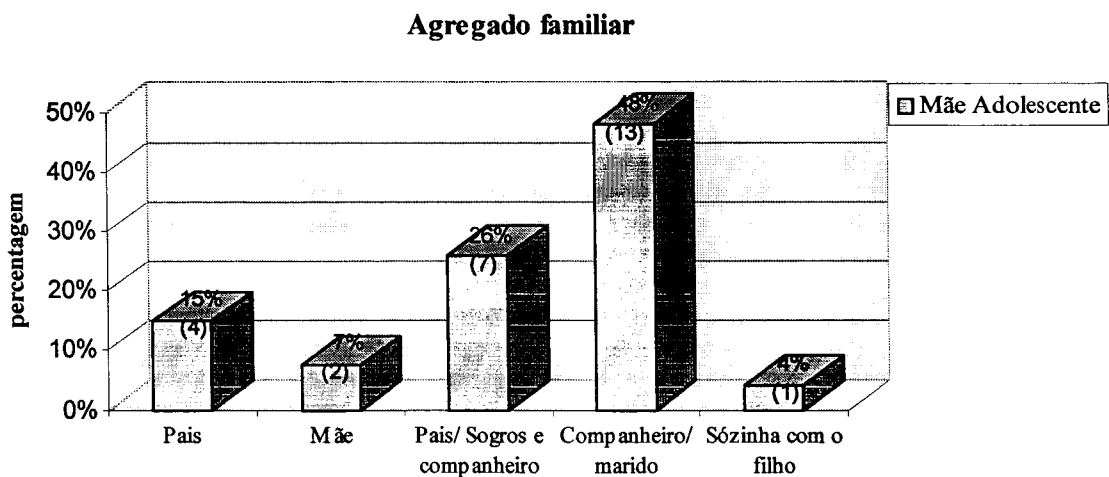


Figura 6-23 - Agregado familiar (depois da gravidez)

No grupo das Adolescentes 84% vivem com os pais, 10% vivem só com a mãe, 3% vivem sozinhas e 3% vivem com os avós (Figura 6-23).

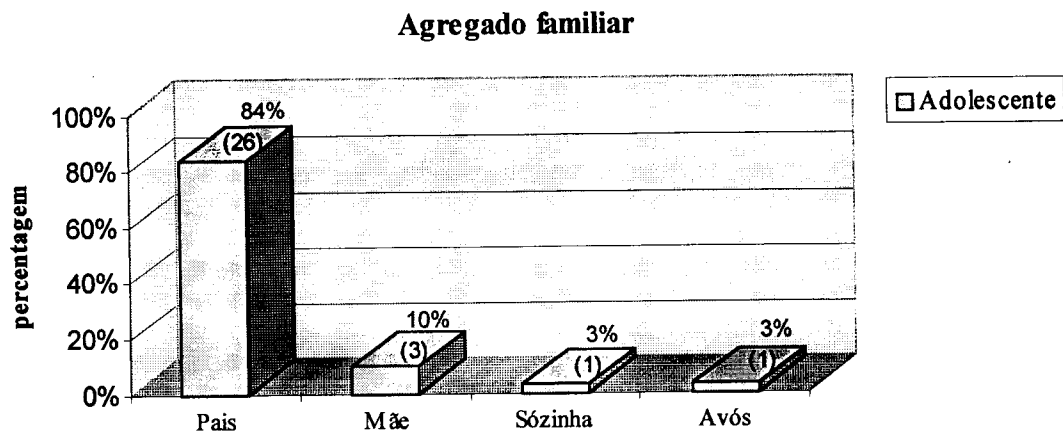


Figura 6-24 - Agregado familiar das Adolescentes

2. Habilitações dos pais

As habilitações da mãe no grupo de Adolescentes são em média o 7º ano de escolaridade. Como já foi referido anteriormente, no grupo de Mães Adolescentes, a mãe tem em média o 4º ano de escolaridade.

Tabela 6-35 - Habilitações académicas da mãe

	Média	d.p.
Mães Adolescentes	4,25	2,67
Adolescentes	6,87	2,89

$t_{(56)}=-3,55 \quad p=0,001$

O número médio de anos de escolaridade da mãe é significativamente ($p<\alpha$) mais baixo no grupo de Mães Adolescentes.

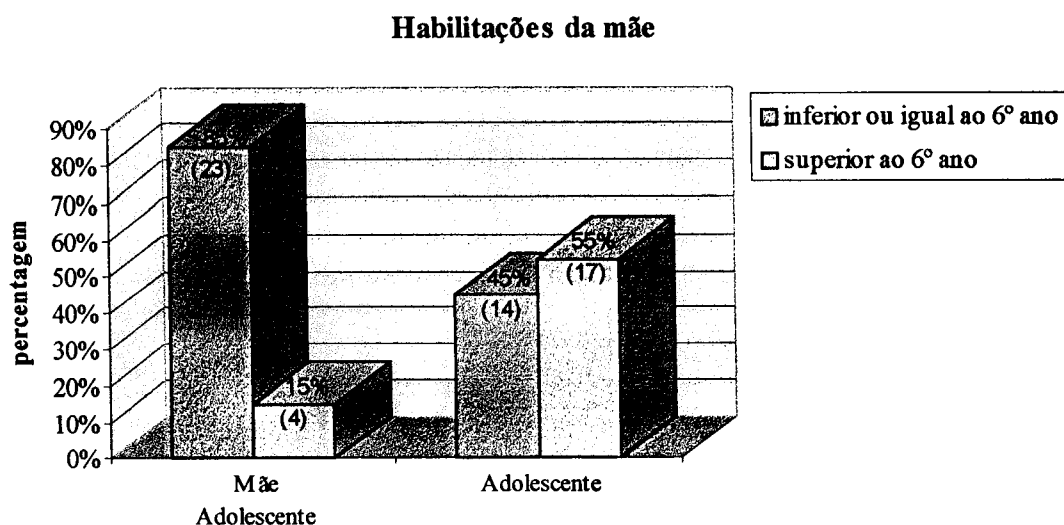


Figura 6-25 - Habilitações da mãe da adolescente

Pela Figura 6-25 verificamos que o número de mães com habilitações superiores ao 6º ano de escolaridade é mais elevado no grupo de Adolescentes.

Nos dois grupos, o pai tem em média o 6º ano de escolaridade (Média=5,26 \pm d.p.=2,58 para o grupo de Mães Adolescentes e Média=6,45 \pm d.p.=3,19 para o grupo de Adolescentes).

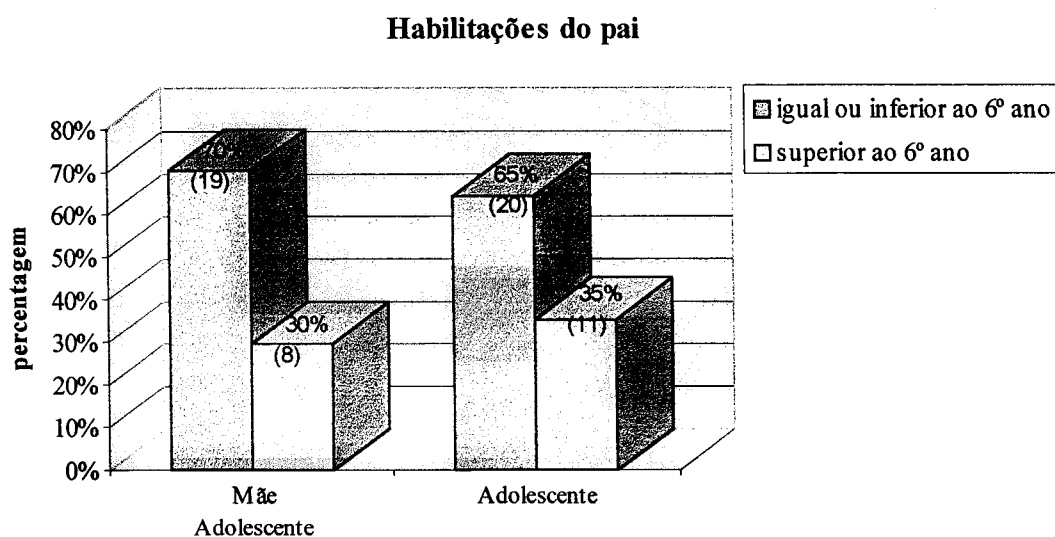


Figura 6-26 - Habilitações do pai da adolescente

Pela Figura 6-26 verificamos que nos dois grupos o número de pais com habilitações iguais ou inferiores ao 6º ano de escolaridade é sensivelmente idêntico ao número de pais com habilitações superiores ao 6º ano de escolaridade.

3. Idade dos pais

Relativamente à idade dos pais no grupo de Mães Adolescentes, a idade média da mãe é hoje de 41 anos e no grupo de Adolescentes é em média de 45 anos.

Tabela 6-36 - Idade da mãe

	Média	d.p.
Mães Adolescentes	41,00	8,18
Adolescentes	45,16	6,60

$$t_{(56)} = -2,14 \quad p = 0,037$$

A idade média da mãe é significativamente ($p < \alpha$) mais baixa no grupo de Mães Adolescentes.

No que respeita à idade do pai das adolescentes, verificamos que, nos dois grupos, a idade média é de 46 anos.

Relativamente à mãe das adolescentes, analisamos o estado civil e a idade na sua primeira gravidez e verificamos que não existem diferenças significativas nos dois grupos.

VARIÁVEIS SOCIAIS

1. Estatuto sócio-económico

Para analisar o Estatuto sócio-económico, classificamos os dois grupos com a Escala de Warner (Anexo 11), de acordo com o efectuado para o primeiro momento desta leitura de resultados.

Tabela 6-37 - Estatuto sócio-económico

	Mãe Adolescente		Adolescente	
	f	%	f	%
nível 2	0	0%	4	13%
nível 3	1	4%	9	29%
nível 4	7	26%	7	23%
nível 5	19	70%	11	35%
Total	27	100%	31	100%

Pela leitura da Tabela 6-37 verificamos que, em ambos os grupos de adolescentes, o estatuto sócio-económico mais representado percentualmente é o nível 5. No entanto, no grupo de Adolescentes há quatro famílias que pertencem ao nível 2, não havendo, actualmente, nenhuma família classificada no nível 2 no grupo de Mães Adolescentes.

Estatuto Sócio-económico

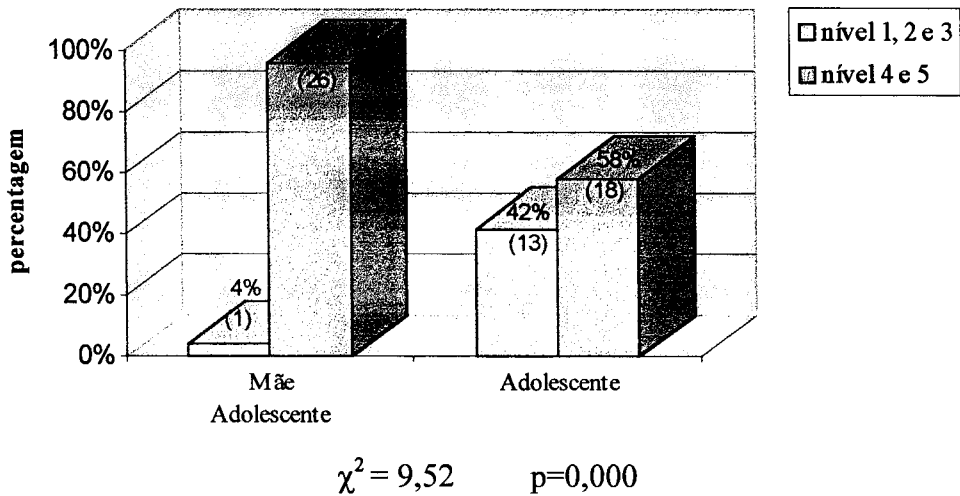


Figura 6-27 - Estatuto sócio-económico

Verificamos que os agregados familiares do grupo de Mães Adolescentes actualmente são mais desfavorecidos, visto que a proporção de agregados de nível 4 e 5 é significativamente ($p<\alpha$) mais elevado.

2. Profissão dos pais

Para os dois grupos a actividade profissional dos pais é na generalidade pouco diferenciada (Anexo 12). Como já verificamos anteriormente, alguns pais têm, também no grupo de Adolescentes, actividades profissionais especializadas, tais como “analista química” e “economista” para a mãe e “empresário”, “alto cargo administrativo” para o pai.

3. Rendimento familiar

Para determinar o rendimento familiar inquiriu-se sobre o salário dos elementos que contribuíam para a formação do rendimento do agregado familiar. O valor global do rendimento familiar obtido foi dividido pelo número de coabitantes, determinando-se, assim, o rendimento familiar médio por coabitante.

O valor do rendimento familiar médio por coabitante é de 33.025\$00 para o grupo de Mães Adolescentes e de 43.033\$00 para o grupo de Adolescentes (Tabela 6-38).

Tabela 6-38 - Rendimento familiar médio por coabitante

	Média	d.p.
Mães Adolescentes	33,025	16,57
Adolescentes	42,033	16,23

$$t_{(56)} = -2,09 \quad p = 0,041$$

Existe diferença significativa ($p < \alpha$) entre as médias do rendimento por coabitante dos dois grupos.

4. Habitação

Tabela 6-39 - Habitação do agregado familiar

	Mãe Adolescente		Adolescente	
	f	%	f	%
barraca/parte de casa	6	22%	0	0%
habitação social	14	52%	13	42%
andar /apartamento	7	26%	18	58%
Total	27	100%	31	100%

Quanto ao tipo de habitação, 52% das Mães Adolescentes vivem em habitação social, 26% vivem em andar (apartamento) e 22% vivem em barracas/parte de casa. No grupo de Adolescentes, 58% vivem em andar (apartamento) e 42% em habitação social.

O estudo da variável Habitação está representado na Figura 6-28.

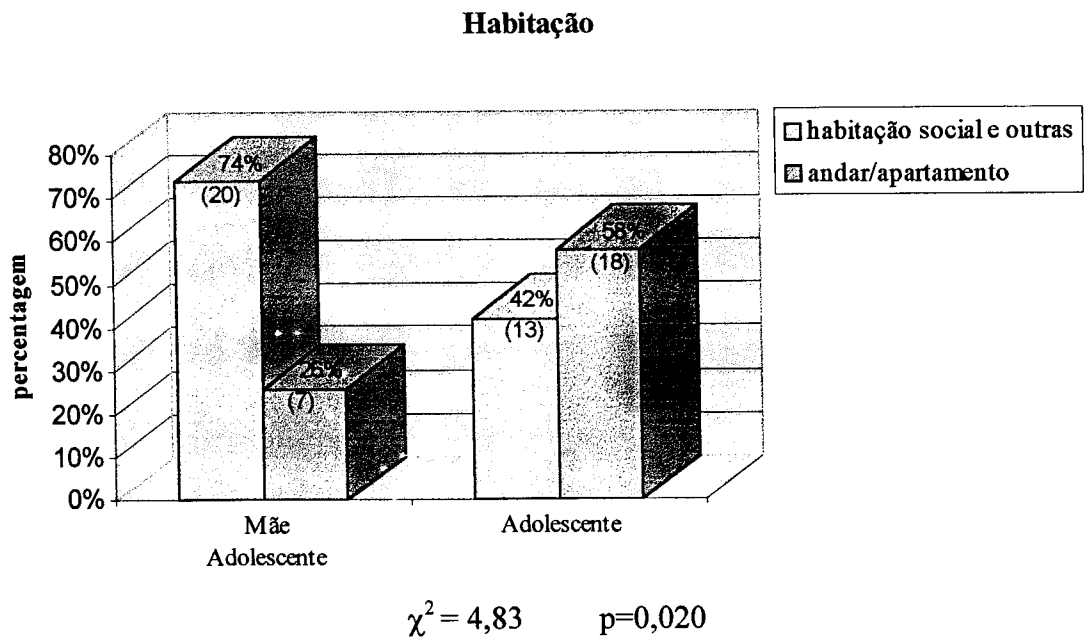


Figura 6-28 - Habitação do agregado familiar

A proporção de adolescentes a viver em habitação do tipo social e outras é significativamente ($p < \alpha$) mais elevada no grupo de Mães Adolescentes.

5. Tipologia da habitação

Relativamente à tipologia da habitação, no grupo de Mães Adolescentes a habitação tem em média tipologia 2 (Média=2,41 \pm d.p.=0,69) e no grupo de Adolescentes vivem numa habitação em média de tipologia 4 (Média=3,58 \pm d.p.=0,99).

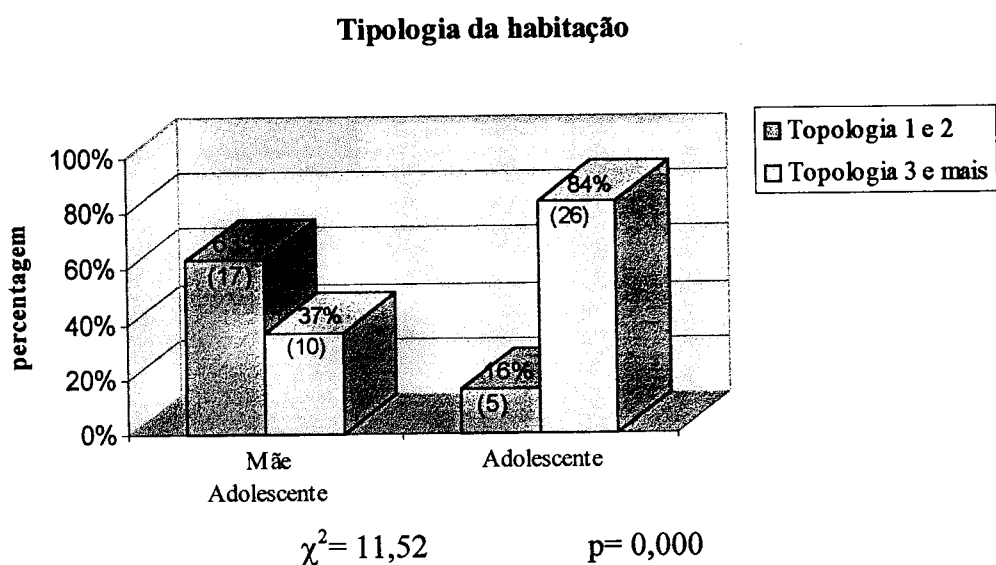


Figura 6-29 - Tipologia da habitação

A proporção de adolescentes a viver numa habitação de tipologia 1 e 2 é significativamente ($p < \alpha$) mais elevada no grupo de Mães Adolescentes.

6. Número de coabitantes

O número de coabitantes é em média de 5 (Média=5,48 \pm d.p.=2,55) para o grupo de Mães Adolescentes e de 4 (Média=4,23 \pm d.p.=1,82) para o grupo de Adolescentes.

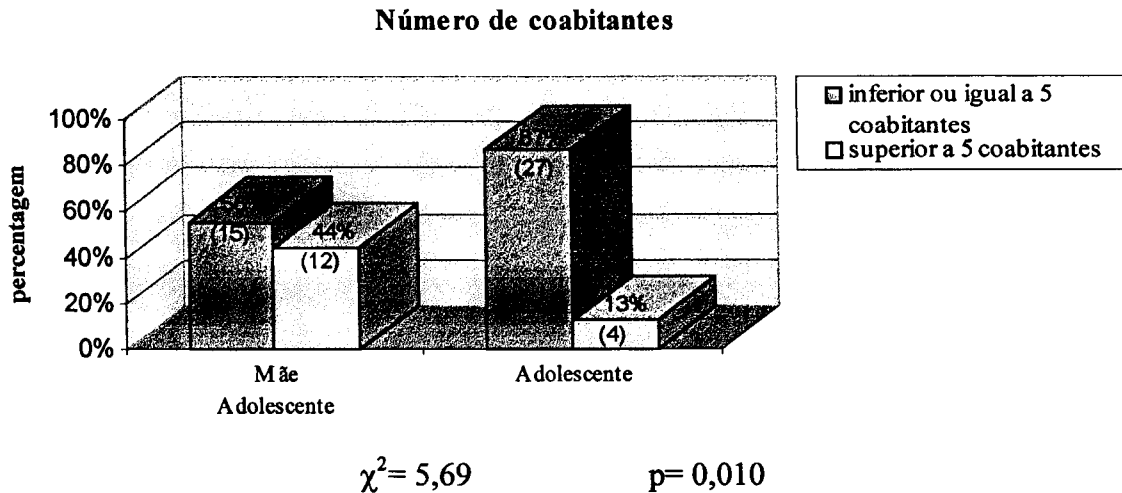


Figura 6-30 - Número de coabitantes

O número médio de coabitantes é significativamente ($p < \alpha$) mais elevado no grupo de Mães Adolescentes.

7. Abandono escolar

No grupo de Mães Adolescentes 67% abandonaram a escola antes da gravidez e 33% pela gravidez. No grupo de Adolescentes 38% já abandonaram a escola.

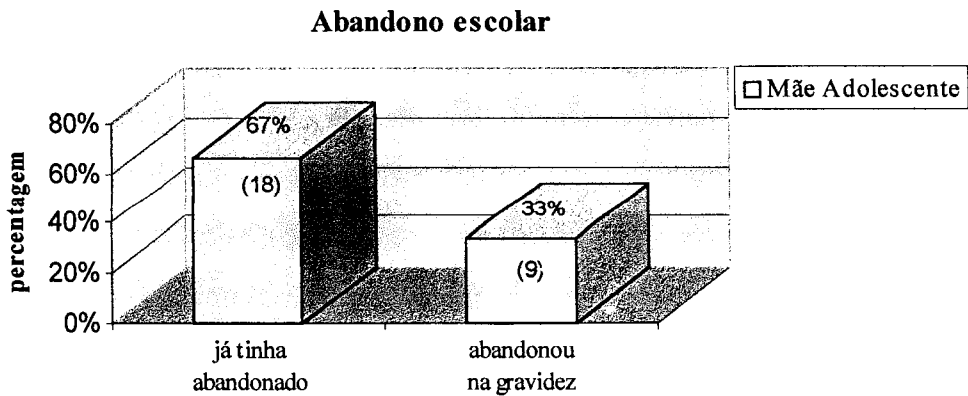


Figura 6-31 - Abandono escolar para o grupo Mãe Adolescente

Abandono escolar

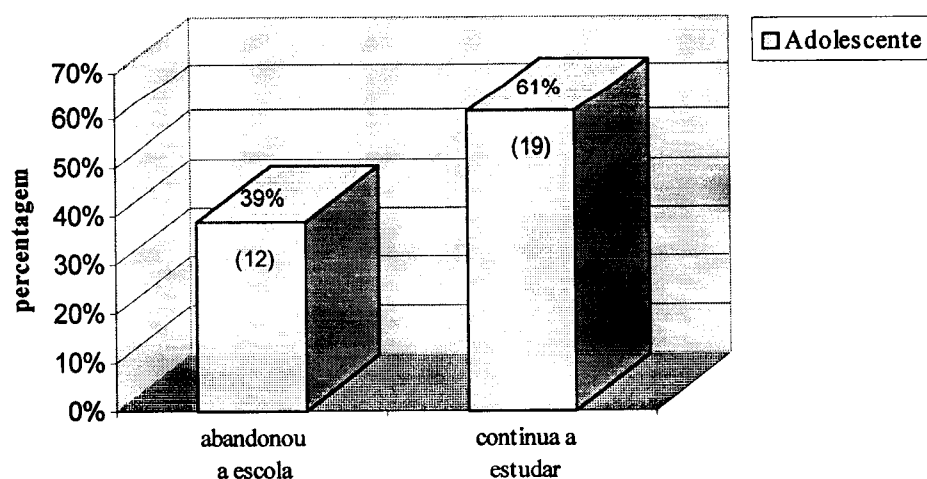


Figura 6-32 - Abandono escolar para o grupo Adolescente

Os motivos de abandono são indicados na Tabela 6-40.

Tabela 6-40 - Motivos do abandono escolar

	Mãe Adolescente		Adolescente	
	f	%	f	%
falta de motivação	9	33%	7	23%
insucesso escolar	3	11%	3	9%
necessidade económica	5	19%	1	3%
independência económica	1	4%	0	0%
imposição da família	0	0%	1	3%
gravidez	9	33%	0	%
Total	27	100%	12	38%

8. Situação profissional

Tabela 6-41 - Actividade profissional para o grupo de Mães Adolescentes

	Mãe Adolescente	
	antes da gravidez	depois da gravidez
empregada de supermercado	2	4
operária fabril	4	2
empregada de café	2	3
empregada de limpeza	4	4
balconista	2	5
empregada de discoteca	1	-
auxiliar educativa	-	1
tarefeira	-	1
desempregada	-	7
Total	15	27

No grupo de Mães Adolescentes, a gravidez alterou a situação profissional. Antes da gravidez, quinze das adolescentes tinham actividade profissional, três nunca procuraram trabalho e nove estudavam. No entanto, quatro perderam o emprego pela gravidez e cinco mudaram de actividade profissional. Depois do parto, todas as adolescentes pretendiam ter uma actividade profissional. A Tabela 6-41 indica as alterações ocorridas na actividade profissional. Assim, verificamos sete situações de desemprego e a existência de vinte actividades profissionais pouco diferenciadas, com horários por turnos e com baixa remuneração. As remunerações vão desde 28.000\$00 a 80.000\$00 por mês. As Mães Adolescentes que perderam o emprego não beneficiaram de subsídio de desemprego por não estarem inscritas na Segurança Social.

Tabela 6-42 - Actividade profissional para o grupo de Adolescentes

	Adolescente
empregada de supermercado	1
empregada de café	1
empregada de limpeza	1
balconista	2
aprendiz de costura	1
empregada administrativa	3
auxiliar de cabeleireiro	2
Total	11

No grupo de Adolescentes, das doze que não estudam, onze têm actividade profissional, uma com contrato a prazo, três sem benefícios da Segurança Social e uma está desempregada. As restantes, como se pode observar na Figura 6-32, continuam a estudar (64%).

9. Informação sobre contracepção

Tabela 6-43 - Contracepção

	Mãe Adolescente		Adolescente	
	f/n	%	f/n	%
primeira relação sem contracepção	16/27	59%	4/13	31%
primeira relação com contracepção	11/27	41%	9/13	69%

No grupo de Adolescentes, nove (em treze que já tiveram relações sexuais) fizeram contracepção (hormonal e com preservativo). Todas sabem nomear os contraceptivos e conhece a sua utilidade na prevenção da gravidez.

Como já foi referido anteriormente, a principal fonte de informação sobre a contracepção para o grupo de Mães Adolescentes foi a mãe, a médica e os amigos. O grupo de Adolescentes indica a mãe, a médica e os amigos como principal fonte de informação sobre contracepção. A escola, as leituras e televisão quase não são referidas como fonte de informação sobre a contracepção (Tabela 6-44).

Tabela 6-44 - Principal fonte da informação sobre a contracepção

	Adolescente	
	f	%
mãe	12	39%
médica	8	26%
familiares e amigos	6	19%
escola	3	10%
leituras e televisão	2	6%
Total	31	100%

10. Planeamento familiar

Tabela 6-45 - Planeamento familiar

	Mãe Adolescente		Adolescente	
	f/n	%	f/n	%
consulta de planeamento familiar	12/27	44%	17/31	55%

A Tabela 6-45 indica-nos a percentagem de Adolescentes que já realizou consulta de Planeamento familiar no Centro de Saúde. Neste grupo, dezassete adolescentes já fizeram consulta de Planeamento familiar, quatro sem terem iniciado a vida sexual, oito depois da primeira relação sexual e cinco antes da primeira relação sexual.

11. Características do companheiro ou marido.

Pela Tabela 6-46 e como já foi assinalado anteriormente, verificamos que, no grupo de Mães Adolescentes, o companheiro/marido tinha em média 8 anos de escolaridade. No grupo de Adolescentes só vinte e oito têm companheiro/namorado. Em média, o companheiro/namorado tem 10 anos de escolaridade, permanecendo dez a estudar, e destes, dois frequentam o ensino superior.

Tabela 6-46 - Habilitações académicas do companheiro/marido/namorado - nº de anos de escolaridade

	Média	d.p.
Mães Adolescentes	7,52	2,75
Adolescentes	9,75	2,03

$$t_{(53)} = -3,43 \quad p = 0,001$$

O número médio de anos de escolaridade é significativamente ($p < \alpha$) mais baixo no grupo de Mães Adolescentes.

No grupo de Mães Adolescentes o companheiro tem em média 23 anos (Média=22,67 \pm d.p.=3,66), tendo, no grupo de Adolescentes, em média 20 anos (Média=20,00 \pm d.p.=2,19).

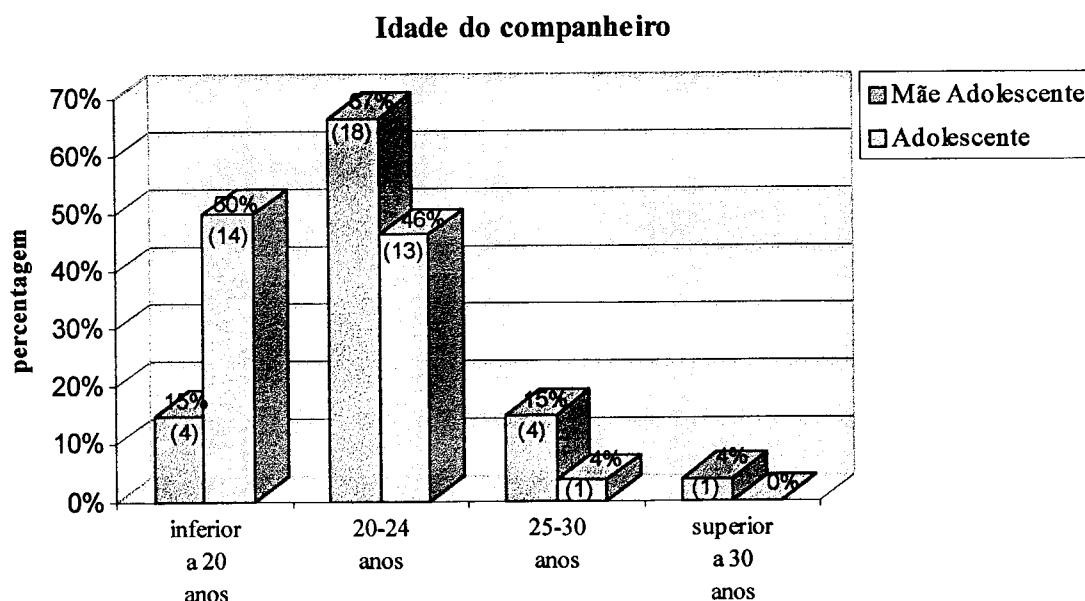


Figura 6-33 - Idade do companheiro/marido/namorado

Pela Figura 6-33 verificamos que, no grupo de Mães Adolescentes, mais de metade dos companheiros têm idade superior a 19 anos (85%). No grupo de Adolescentes verifica-se igual percentagem (50%) no intervalo inferior a 20 ano e no intervalo entre os 20 e os 24 anos.

Na Tabela 6-47 estão indicados os resultados obtidos nas variáveis estudadas de forma a facilitar uma leitura integrada e segundo a organização referida para a Tabela 6-22.

Tabela 6-47 - Resultados obtidos nas variáveis estudadas na idade actual (maternidade)

Variáveis estudadas na idade actual		Estatisticamente significativo ($p < \alpha$)	Estatisticamente não significativo ($p > \alpha$)
Individuais	Estado civil	*	
	Habilitações académicas	*	
	Idade da menarca e Idade da primeira relação sexual		*
	Locus de controlo		*
	Atribuição de responsabilidade		
	⇒ resultados negativos	*	
	⇒ resultados positivos		*
	Auto-conceito (auto-percepção)		*
	Importância atribuída aos domínios de autoconceito		
	⇒ aceitação social		*
	⇒ amizades íntimas		*
	⇒ aparência física		*
	⇒ atracção romântica		*
	⇒ comportamento atlético		*
	⇒ comportamento escolar		*
	⇒ comportamento	*	
	sintomatologia psicopatológica		
	⇒ ansiedade		*
	⇒ hostilidade		*
	⇒ ideação paranóide		*
	⇒ obsessão compulsão		*

Tabela 6-48 - Variáveis estudadas na idade actual (maternidade) - continuação

Variáveis estudadas na idade actual		Estatisticamente significativo ($p < \alpha$)	Estatisticamente não significativo ($p > \alpha$)
Individuais	⇒ psicotissismo		*
	⇒ sensibilidade interpessoal		*
	⇒ índice de sintomas positivos		*
	⇒ ansiedade fóbica	*	
	⇒ somatização	*	
Famíliares	Agregado familiar	*	
	Habilitações dos pais		
	⇒ da mãe	*	
	⇒ do pai		*
	Idade dos pais		
	⇒ da mãe	*	
	⇒ do pai		*
Sociais	Estatuto sócio-económico	*	
	Rendimento Familiar	*	
	Habitação	*	
	Tipologia da habitação	*	
	Número de coabitantes	*	
	Informação sobre contracepção	*	
	Características do companheiro ⇒ habilitações do companheiro	*	

No estudo das variáveis *Agregado familiar*, *Profissão dos pais*, *Abandono escolar*, *Situação profissional* e *Planeamento familiar* não foram utilizados testes estatísticos para a comparação dos dois grupos da nossa amostra. Deste modo, foram calculadas as percentagens permitindo verificar que o agregado familiar não tem o mesmo significado nos dois grupos, pela circunstância de o filho e o companheiro caracterizarem o das Mães Adolescentes e não existirem no agregado das Adolescentes. Verificamos que no grupo de Mães Adolescentes a profissão dos pais é também menos diferenciada, como

acontecía para este mesmo grupo na gravidez. Do mesmo modo, o abandono escolar verifica-se em maior percentagem no grupo de Mães Adolescentes que no grupo de Adolescentes. No que diz respeito à situação profissional, as baixas habilitações académicas das Mães Adolescentes determinam as actividades profissionais indiferenciadas e mal remuneradas. A utilização dos serviços de Planeamento familiar é tendencialmente maior nas Adolescentes que nas Mães Adolescentes, quando referidas ao mesmo período etário.

6.2.2 Estudo das características específicas à condição de gravidez e de maternidade

Para concretizarmos este objectivo estudamos a Escala de Atitudes sobre a gravidez e a maternidade, a Escala de Recursos para mães adolescentes e analisamos, separadamente, características da gravidez e da maternidade através do conteúdo das respostas das entrevistas às 27 adolescentes.

1. Atitudes sobre a gravidez e a maternidade

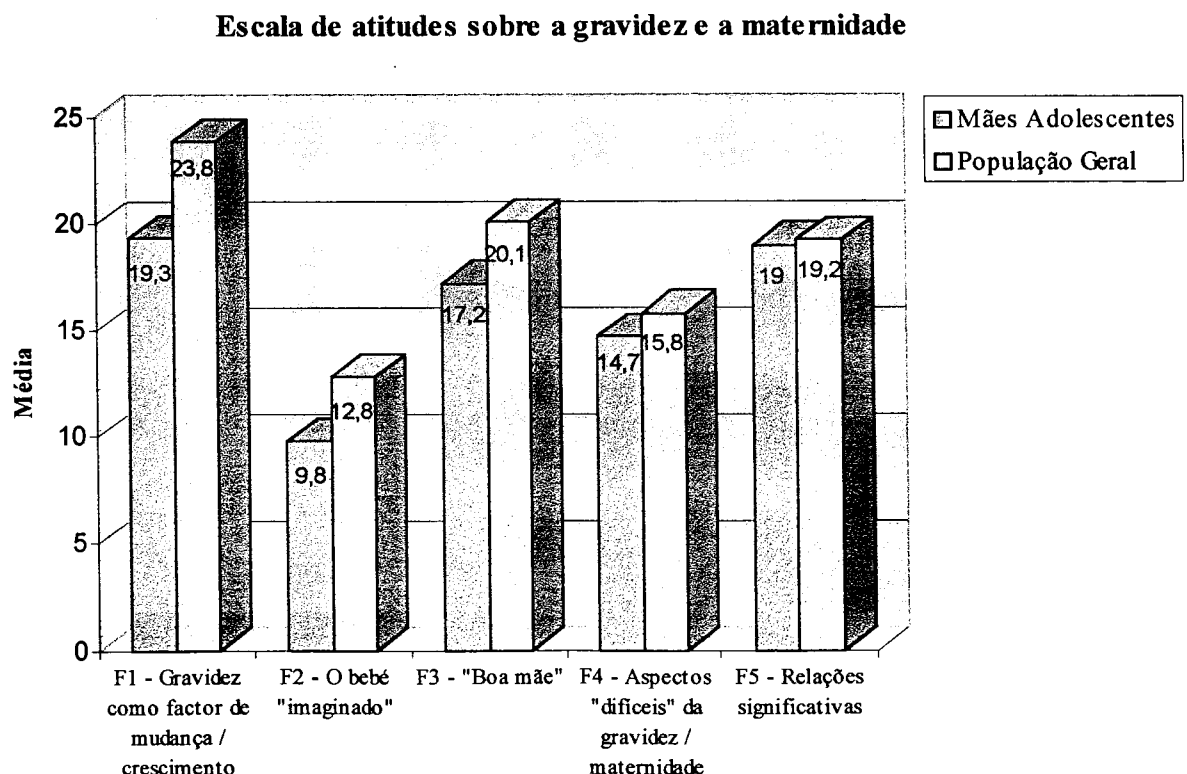


Figura 6-34 - Atitudes sobre a gravidez e a maternidade

A Figura 6-34 indica as médias obtidas para o grupo de Mães Adolescentes e as médias da População Geral em cada factor da escala.

Comparando as médias obtidas em cada factor com as da População Geral verificamos existir diferença significativa ($p < \alpha$) para os seguintes factores:

Factor 1 - Gravidez como factor de mudança/crescimento

Tabela 6-49 - Factor 1 - Gravidez como factor de mudança/crescimento

	Média	d.p.
População Geral	23,8	4,6
Mães Adolescentes	19,29	5,1

$$t_{(26)} = -4,60 \quad p = 0,000$$

O resultado verificado indica que a gravidez foi um factor de mudança e de crescimento pessoal para a Mãe Adolescente.

Factor 2 - O bebé “imaginado”

Tabela 6-50 - Factor 2 - O bebé “imaginado”

	Média	d.p.
População Geral	12,8	3,1
Mães Adolescentes	9,8	2,0

$$t_{(26)} = -7,91 \quad p = 0,000$$

O valor encontrado, sendo inferior ao da População Geral, indica que a Mãe Adolescente tem maior preocupação com o seu filho, isto é, com dificuldades que possam surgir.

Factor 3 - “Boa mãe”

Tabela 6-51 - Factor 3 - “Boa mãe”

	Média	d.p.
População Geral	20,1	3,9
Mães Adolescentes	17,2	3,4

$$t_{(26)} = -4,48 \quad p = 0,000$$

O resultado verificado indica que a Mãe Adolescente se preocupa com as aprendizagens do seu filho e com a capacidade de corresponder como mãe.

Factor 4 - Aspectos “difíceis” da gravidez/maternidade

Tabela 6-52 - Factor 4 - Aspectos difíceis da gravidez/maternidade

	Média	d.p.
População Geral	15,8	2,2
Mães Adolescentes	14,74	2,5

$$t_{(26)} = -2,18 \quad p = 0,038$$

O resultado obtido indica que a Mãe Adolescente sentiu dificuldades durante a gravidez e que há aspectos “difíceis” na sua vivência como mãe.

No factor 5 - Relações significativas - verificamos não existir diferença significativa ($p > \alpha$). Este resultado salienta a importância da mãe e do companheiro como suportes à Mãe Adolescente.

2. Recursos adequados

A análise dos recursos está indicada na Tabela 6-53. Consideramos apenas as percentagens das respostas mais representativas e as situações que nos pareceram ser necessário destacar.

Tabela 6-53 - Recursos adequados

		Comida para duas refeições por dia	
		f	%
Quase sempre adequado		25	93%

		Casa ou apartamento	
		f	%
Nada adequado		2	7%
Por vezes adequado		25	33%

		Dinheiro para produtos indispensáveis	
		f	%
Nada adequado		2	7%
Quase sempre adequado		19	70%

		Roupa suficiente para si e para o filho	
		f	%
Quase sempre adequado		20	74%

		Aquecimento	
		f	%
Nada adequado		8	30%
Quase sempre adequado		16	59%

		Água canalizada	
		f	%
Nada adequado		1	4%
Quase sempre adequado		24	89%

		Dinheiro para contas mensais	
		f	%
Nada adequado		1	4%
Quase sempre adequado		15	56%

		Cuidados médicos para si e para o filho	
		f	%
Por vezes adequado		1	4%
Quase sempre adequado		24	89%

Continuação da Tabela 6-53

	Tempo e recursos para completar estudos	
	f	%
Nada adequado	20	74%
Por vezes adequado	7	26%

	Assistência pública	
	f	%
Nada adequado	3	11%
Por vezes adequado	13	48%

	Transporte	
	f	%
Nada adequado	10	37%
Quase sempre adequado	12	44%

	Tempo e recursos para manter emprego	
	f	%
Quase sempre adequado	15	56%

	Tempo para descansar /dormir	
	f	%
Por vezes adequado	10	37%
Quase sempre adequado	4	15%

	Mobiliário de casa	
	f	%
Nada adequado	2	7%
Quase sempre adequado	19	70%

	Tempo para si própria	
	f	%
Nada adequado	1	4%
Por vezes adequado	12	44%

	Tempo para estar com o filho	
	f	%
Nada adequado	1	4%
Quase sempre adequado	16	59%

	Tempo para estar com o companheiro	
	f	%
Não aplicável	5	19%
Quase sempre adequado	10	37%

	Telefone próprio ou acesso a telefone	
	f	%
Nada adequado	4	15%
Quase sempre adequado	17	63%

Continuação da Tabela 6-53

	Conhecimento sobre controlo de natalidade	
	f	%
Quase sempre adequado	27	100%

	Alguém para cuidar da criança	
	f	%
Raramente adequado	4	15%
Quase sempre adequado	17	63%

	Ambiente seguro para viver	
	f	%
Nada adequado	7	26%
Quase sempre adequado	6	22%

	Cuidados dentários para si e para o filho	
	f	%
Nada adequado	3	11%
Quase sempre adequado	8	30%

	Alguém com quem falar	
	f	%
Nada adequado	2	7%
Quase sempre adequado	16	59%

	Tempo para estar com os amigos	
	f	%
Nada adequado	4	15%
Raramente adequado	7	26%
Quase sempre adequado	4	15%

	Conhecimentos de como cuidar da criança	
	f	%
Usualmente adequado	8	30%
Quase sempre adequado	19	70%

	Tempo para se cuidar e arranjar	
	f	%
Nada adequado	1	4%
Usualmente adequado	9	33%
Quase sempre adequado	5	19%

	Brinquedos para o filho	
	f	%
Nada adequado	2	7%
Quase sempre adequado	17	63%

	Dinheiro para comprar coisas para si	
	f	%
Nada adequado	3	11%
Usualmente adequado	9	33%
Quase sempre adequado	5	19%

Continuação da Tabela 6-53

	Dinheiro para divertimentos da família	
	f	%
Nada adequado	6	22%
Por vezes adequado	11	41%
Quase sempre adequado	0	0%

	Dinheiro para poupar	
	f	%
Nada adequado	11	41%
Quase sempre adequado	4	15%

	Tempo e dinheiro para viajar/férias	
	f	%
Nada adequado	19	70%
Quase sempre adequado	2	7%

A análise da Tabela 6-53 indica-nos que se revelaram pouco adequados os seguintes recursos que nos pareceram importantes no estudo da díade adolescente-maternidade: a habitação, o tempo para estudar, o tempo para descansar e para si própria, o dinheiro para divertimentos e para poupar, o ambiente onde reside e a assistência pública.

Foram considerados como recursos adequados e também estes importantes, a comida para duas refeições por dia, o dinheiro para produtos indispensáveis, a roupa para a adolescente e para o seu filho, os cuidados médicos, o conhecimento de métodos de controlo de natalidade, os conhecimentos próprios e os apoios no cuidado da criança.

3. Análise dos conteúdos das entrevistas das adolescentes que foram mães

Para esta análise extraímos das entrevistas os testemunhos que pudessem traduzir as respostas com maior grau de informação considerando, sempre que possível, as variáveis de ordem individual, familiar e/ou social que cada testemunho evidencia. Por variáveis individuais consideramos as características da adolescente que dizem respeito às suas atitudes e comportamentos. Consideramos variáveis familiares, as características dos elementos da família próxima e alargada que interagem com a adolescente. Por fim, denominamos por variáveis sociais, as características do contexto social que de forma mediata ou imediata condicionam a vida da adolescente.

I. Gravidez

Extractos de entrevistas	1. Contraceção na gravidez
<p><i>Da totalidade das 27 adolescentes, 12 nunca tinham feito contraceção no momento em que engravidaram, 9 interromperam a contraceção (hormonal e preservativo) e 6 faziam contraceção (hormonal e preservativo).</i></p> <p><u>Nunca fizeram contraceção</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “... era inocente, ... ele tem a minha idade, nenhum teve cuidados” • “... arriscava e numa relação fiquei grávida” • “... eu corria o risco, nunca pensei que me acontecia” • “... fiquei grávida na primeira relação, não pensava que ficava na primeira. Via a minha mãe a tomar pastilhas, eu não sabia” • “... não tomava nada, tinha dificuldade em falar à minha mãe” • “... tive relações duas vezes e engravidei, não tomava nada para a minha mãe não saber” • “... não sabia do Planeamento familiar, a minha mãe não falou, a escola não falou nisso, corri várias vezes o risco” • “... pensava que tinha que ir ao ginecologista, que os meus pais tinham que saber e, então, corria o risco” <p><u>Interromperam contraceção</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “... tomava pílula e acabou e deixei andar” • “... tomava a pílula, era a mãe dele que dava. Deixei fazia-me mal” • “... usei o preservativo na primeira relação, depois deixei, nunca me tinham falado de pílula” <p><u>Continuaram a contraceção</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “... a pílula começou a fazer-me mal e o médico disse-me para usar o preservativo, mas foi mal utilizado” • “... comecei a fazer um tratamento aos dentes e fez efeito na pílula” • “... foi ele que me falou no preservativo e na primeira rebentou, pumba, fiquei” 	<p>⇒Variável Individual</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒Variável Familiar</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒Variável Individual, Familiar e Social</p> <p>⇒”</p> <p>⇒Variável Individual</p> <p>⇒Variável Individual e Familiar</p> <p>⇒Variável Individual, Familiar e Social</p> <p>⇒Variável Individual e Social</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p>

Extractos de entrevistas (continuação)	2. Resposta da adolescente à gravidez
<p><i>Apesar da totalidade das adolescentes não planearem a gravidez, 6 consideram que estava nos seus planos de vida, não imediatos, ter um filho. Confrontadas com a situação, algumas adolescentes e companheiros manifestaram-se satisfeitos com a gravidez.</i></p>	
<p><u>Gravidez desejada</u></p>	
<ul style="list-style-type: none"> • “... o nascimento de um filho estava nos meus desejos, mas o que aconteceu foi esporádico. Fomos um bocado estúpidos” 	<p>⇒ Variável Individual</p>
<ul style="list-style-type: none"> • “... aconteceu. Era uma coisa que já tínhamos pensado muitas vezes” 	<p>⇒ Variável Individual e Familiar</p>
<ul style="list-style-type: none"> • “... ele disse-me para deixar a pílula, que eu estava com um esgotamento. Eu pensava que não ia ficar, mas ficamos muito contentes” 	<p>⇒ “</p>
<ul style="list-style-type: none"> • “... só comecei a tomar a pastilha depois de casada. Depois parei e até foi a gosto dos dois” 	<p>⇒ “</p>
<ul style="list-style-type: none"> • “... até estávamos os dois empregados e ficamos contentes” 	<p>⇒ Variável Individual, Familiar e Social</p>
<ul style="list-style-type: none"> • “... já vivíamos juntos e fiquei contente e ele também. Pensávamos nisso” 	<p>⇒ “</p>
<p><i>As restantes consideram que não estava nos planos de vida, mas aceitaram a situação e levaram a gravidez a termo.</i></p>	
<p><u>Aceitação da gravidez</u></p>	
<ul style="list-style-type: none"> • “... não estava nos meus planos de vida, pretendia estudar, queria ir para a Marinha” 	<p>⇒ Variável Individual</p>
<ul style="list-style-type: none"> • “... foi um acidente, alterou toda a minha vida” 	<p>⇒ “</p>
<ul style="list-style-type: none"> • “... fiquei chocada porque não contava, mas assumi” 	<p>⇒ “</p>
<ul style="list-style-type: none"> • “... não estava nos meus planos, tinha 16 anos, queria gozar a vida” 	<p>⇒ “</p>
<ul style="list-style-type: none"> • “... não estava nos meus planos, mas agora pensando bem, eu queria sair de casa e casar” 	<p>⇒ Variável Individual, Familiar</p>
<ul style="list-style-type: none"> • “... eu dizia que a barriga era da cerveja ... a barriga estava dura e a roupa não me servia e pensei: “E se ando de bebé?, não tenho possibilidades e não quero favores de ninguém”. Pensei muito, mas depois aceitei” 	<p>⇒ Variável Individual, Familiar e Social</p>

Extractos de entrevistas (continuação)	3. Reacção da família à gravidez
<p><i>Ao tomar conhecimento da gravidez o companheiro, os pais, os “sogros” e outros familiares reagiram de forma distinta, de acordo com cada caso: com atitudes de apoio e protecção, ou pelo contrário, com agressão.....</i></p> <p><u>Reacção do companheiro/marido</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “... ele ficou contente e assumiu” • “... o meu namoro ficou contente, foi buscar o exame e veio a tocar a buzina da mota” • “... ele disse-me para esperar para ver se vinha o período. Depois fomos ao médico e ele assumiu” • “... eu tinha medo de lhe dizer, porque ele é nervoso...tinha medo que ele dissesse que não era dele. Eu pensei: “Se ele disser isso, quando o filho nascer eu faço análises ao sangue e ele vê se não dá com o dele” Ele pensou um bocado. Namorava com outra miúda mas vivia na minha casa. Logo que o menino nasceu foi registar com o nome dele” • “... falei com ele e disse-me que me tinha descuidado, mas não se zangou” • “... falei primeiro com as minhas amigas e depois com ele, que adorou a ideia de ser pai” • “... quando fomos à medica e tivemos a certeza, decidimos casar” • “... falei com o rapaz e fomos os dois fazer o teste... ele só passado uns tempos é que disse aos pais. Eu não fiquei assustada porque eu sabia que era dele. Não o vi durante quatro meses, porque os pais proibiram-no de ir lá a casa” • “... ficamos os dois contentes. Marcou-se casamento, mas ele desistiu. Ao princípio foi um choque” • “... o primeiro a saber foi ele; por ele eu tinha posto abaixo e como não pus ele não falou mais para a minha mãe e não me deixava a mim, proibia-me” • “... nem sequer lhe disse que suspeitava, nunca mais estive com ele. Só o vi quando registamos a criança” 	<p>⇒Variável Individual, Familiar e Social</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒Variável Individual e Social</p>

Extractos de entrevistas (continuação)	3. Reacção da família à gravidez (cont.)
<p><u>Reacção dos pais e "sogros"</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • "... vivia com os meus sogros, eles não reagiram mal" • "... a minha mãe aceitou bem e a família dele também" • "... a família reagiu bem, a minha e a dele" • "... os meus pais ficaram um bocado tristes porque eu era muito nova, mas não me bateram, mas que havia de ter mais juízo" • "... eu não fui dizer à minha mãe, fui dizer a uma tia. Ela contou à minha mãe que não reagiu bem. O meu pai disse que eu tinha que trabalhar porque não era brincadeira ter um filho e que devia ter mais responsabilidade" • "... quando falei com os meus pais, reagiram bem, deram-nos apoio e não forçaram o casamento. Os pais dele gostavam que eu fosse morar com ele casada pelo registo. Marcou-se casamento ... ele desistiu" • "... os pais dele quando souberam vieram falar com os meus. A minha mãe reagiu muito mal, ficou chateada. O meu pai também não contava. Os pais dele não queriam que o bebé nascesse e disseram que o filho não era dele" • "... eu não era para tê-lo, eu era para abortar porque toda a gente achava que eu não ia ser capaz com a idade que tinha de cuidar de uma criança. A minha mãe só chorava, não me insultou, só dizia que tinha pena de mim e que não queria estar no meu lugar. Os meus sogros disseram: "se vocês querem um filho têm que se arranjar"" • "... a minha mãe não soube logo, fui à médica mas optei por não contar. Nunca escondi a barriga, as pessoas não contavam com isso. A reacção dos meus pais depois foi boa, a aflicção foi pensar se eu não tinha sido seguida. Fiquei aliviada quando contei" 	<p>⇒Variável Familiar</p> <p>⇒"</p> <p>⇒"</p> <p>⇒"</p> <p>⇒Variável Individual, Familiar e Social</p> <p>⇒"</p> <p>⇒Variável Individual, Familiar e Social</p> <p>⇒"</p> <p>⇒"</p>



Extractos de entrevistas (continuação)	3. Reacção da família à gravidez (cont.)
<p><u>Reacção dos pais e “sogros”</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • “... a minha mãe ficou assustada, não se zangou. Estava com receio de contar ao meu pai. Quando era mais nova o meu pai ameaçava que fazia isto e aquilo, se eu engravidasse. A família dele reagiu mal, nem foi ao casamento” • “... A minha mãe reagiu mal e bateu-me muito. Os meus sogros achavam que éramos muito novos. Eu não queria casar, forçaram que ele assumisse a responsabilidade” • “... os meus pais souberam pela minha cunhada e bateram-me e eu fugi para casa da minha tia, tive lá um mês. Depois fui para casa dos pais dele e a minha mãe foi lá. A mãe dele disse-lhe que eu não estava e não queria abortar, porque o pai do menino não deixava e disse: “a gente responsabiliza-se” Depois levaram-me para casa, mas ele não queria. Entrei e o meu pai começou “a mandar vir” e eu chorei. O meu pai achou-me magrinha e mandou-me comer” 	<p>⇒Variável Individual, Familiar e Social</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p>

Extractos de entrevistas (continuação)	4. Interrupção voluntária da gravidez
<p><i>A situação de interrupção voluntária de gravidez foi proposta a 5 das adolescentes grávidas, o que não veio a acontecer. A sugestão foi colocada por elementos da família, como os pais, a sogra e o companheiro. Nenhuma das jovens desejava interromper a gravidez.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • “... algumas pessoas, como o meu pai, diziam que era muito nova e que podia abortar. Mas a minha mãe apoiou-me e foi contra” • “... a minha mãe e a minha sogra falaram em aborto, mal souberam. Eu disse que não faria” • “... o meu pai não queria, a minha mãe e o resto da família queria que eu abortasse. Eu disse: “ninguém quer saber o meu pensar?” 	<p>⇒Variável Individual</p> <p>⇒Variável Familiar e Individual</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p>

Extractos de entrevistas (continuação)	4. Interrupção voluntária da gravidez (cont.)
<ul style="list-style-type: none"> • “... a minha mãe veio falar com o médico para eu abortar, não ia fazer, nem havia hipótese, eu já estava de 4 meses” • “... nunca pensei em aborto, mas a mãe dele e ele não queriam que eu tivesse-lo. Depois do tempo que estava, pelo que via na televisão. Não fui, tanto que ele quisesse como se não quisesse” <p><i>Consideramos também importante o testemunho de duas adolescentes relativamente à I.V.G..</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • “... o aborto, nem pensar” • “... o aborto era hipótese não queria pôr. A minha sogra fez um aborto que correu mal” 	<p>⇒Variável Familiar e Social</p> <p>⇒Variável Individual, Familiar e Social</p> <p>⇒Variável Individual</p> <p>⇒Variável Individual, Familiar e Social</p>

Extractos de entrevistas (continuação)	5. Cuidados Pré-natais
<p><i>Relativamente aos cuidados pré-natais consideramos a data da primeira consulta, o número de consultas e as recomendações médicas.</i></p> <p><u>Primeira consulta pré-natal</u></p> <p><i>As 27 adolescentes fizeram a primeira consulta em média ao terceiro mês de gravidez, entre o 1º e o 6º mês.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • “... vim à primeira consulta ao 4º mês, para fazer as análises, não sabia vinha-me o período” • “... primeiro fiz o exame na farmácia. Vim à médica, tinha um mês” • “... faltou-me o período, fiz o teste na farmácia e deu positivo. Logo a seguir vim à consulta, logo no primeiro mês” • “... só contei ao fim de 5 meses à minha mãe, mas fui à médica aos três meses. Ela conhecia-me desde pequenina” • “... ao terceiro mês, andava um bocado enjoada. Fui à clínica e pedi para fazer análises. Um dia a minha mãe disse: “Havemos de ir à Dr.ª a uma consulta”. Depois foi que eu disse que andava de bebé. Tinha 4 meses” 	<p>⇒Variável Individual</p> <p>⇒Variável Individual e Social</p> <p>⇒Variável Individual e Social</p> <p>⇒Variável Individual, Familiar e Social</p> <p>⇒”</p>

Extractos de entrevistas (continuação)	5. Cuidados Pré-natais (cont.)
<ul style="list-style-type: none"> • “... estava sozinha, sabia que não tendo o período..., andava a adiar, tinha medo. Preocupava-me ... como ia contar às pessoas, tinha medo de estar a viver aquilo. Uma semana depois fui à farmácia. Já nem namorava com ele, nem sequer lhe disse que suspeitava. Quando vim à médica tinha quatro meses” • “... depois do primeiro mês, descobri e fomos fazer uma análise à farmácia e deu positivo. Depois tive até ao quinto mês, sem ninguém saber. Quando contei vim à médica” • “... só descobri ao fim de três meses, sentia diferença nos seios e depois só nessa altura deixei de ter o período. Escondi até ao fim do 6º mês. A seguir vim à Dr.ª fazer a ecografia” 	<p>⇒Variável Individual, Familiar e Social</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p>
<p><u>Número de consultas</u></p> <p><i>Das 27 adolescentes, 11 consideram hoje não ter ido ao número de consultas suficientes.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • “... devia ter ido a mais e mais cedo, porque não sabia. Eu bebia e fumava ” <p>“... gostava de poder ter feito mais consultas, mesmo desde o início”</p> <ul style="list-style-type: none"> • “... faltei às consultas do primeiro, segundo e terceiro mês, devia ter feito mais” • “... as que faltei eram importantes. Se tivesse ido logo nos primeiros meses, não tinha havido aquela confusão no final do tempo” • “... fui muito tarde” • “... é importante ir às consultas, comecei muito tarde” 	<p>⇒Variável Individual</p> <p>⇒ ”</p> <p>⇒Variável Individual</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p>
<p><u>Recomendações médicas</u></p> <p><i>Não seguidas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • “... fumava muito e comia muito durante a gravidez” • “... eu não sabia. Bebia e fumava três maços por noite na discoteca. Já cheguei uma vez a entrar em coma no Hospital, já estava grávida de dois meses. Depois da consulta não deixei de fumar, fumava 10 cigarros por dia e deixei o álcool. Só me apetecia fruta e leite”. 	<p>⇒Variável Individual</p> <p>⇒Variável Individual, Familiar e Social</p>

Extractos de entrevistas (continuação)	5. Cuidados Pré-natais (cont.)
<ul style="list-style-type: none">• “... a alimentação não era cuidada, porque não havia. Às vezes comia quando ele me deixava ir à minha mãe ou ela me mandava. Não tive cuidados”• “... tive problemas na alimentação em casa dos meus pais. Tive anemia e toxoplasmose, comia muito mal, não era suficiente” <p><i>Seguidas:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• “... deixei de fumar durante a gravidez”• “... eu tive cuidados”• “... fiz tudo o que a médica mandou, nunca fumei”• “... comia de tudo, bebia muito leite, iogurte e fruta e tomava os medicamentos que a Dr.ª me mandou”• “... até ao nascer estive preocupada porque não sabia se teria feito alguma coisa que o prejudicasse até ao dia em que fui à médica”	<p>⇒Variável Individual, Familiar e Social</p> <p>⇒”</p> <p>⇒Variável Individual</p> <p>⇒”</p> <p>⇒Variável Individual e Social</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p>

Extractos de entrevistas (continuação)	6. Alterações no estilo de vida e vivências na gravidez
<p><i>Durante a gravidez houve algumas mudanças na vida destas adolescentes. Como já foi anteriormente assinalado pela gravidez algumas deixaram de estudar, outras perderam o emprego ou viveram situações no trabalho muito difíceis. Em algumas situações, casaram ou foram viver com o companheiro tendo deixado a casa dos pais. Relativamente à vivência da gravidez, a generalidade das adolescentes sentia-se satisfeita e feliz.</i></p> <ul style="list-style-type: none">• “... estava vaidosa durante a gravidez e feliz”• “...quando se está grávida recebe-se carinho da família”• “... quando fiquei grávida mudou um bocado, ficava em casa... cheguei a sair com os meus amigos e fiquei esgotada, não foi por vergonha, mas nunca mais. Em termos afectivos foi difícil imaginar que estava grávida. Depois vivia para aquilo ... cada vez que ia ao médico fazer uma ecografia era uma alegria”	<p>⇒Variável Individual</p> <p>⇒Variável Familiar</p> <p>⇒Variável Individual e Social</p>

Extractos de entrevistas (continuação)	6. Alterações no estilo de vida e vivências na gravidez(cont.)
<ul style="list-style-type: none"> • “... quando estava grávida não trabalhava ... como o contrato era de 3 meses, quando souberam mandaram-me embora. Eu gostava de me ver grávida é bonito” • “... eu fiquei contente ... mas se no dia anterior me perguntassem se eu queria, claro que não. Durante gravidez procurei emprego, mas não tive sorte. Assustou-me um bocadinho estar grávida, porque a barriga vai crescendo e a pessoa pensa como será” • “... durante os primeiros 5 meses ainda saí com os meus amigos, mas depois não. Depois de o sentir aqui mexer, senti uma alegria muito grande. Foi difícil porque a encarregada exigia muito de mim, andava sempre de pé, eu sou pesada e com a barriga ainda pior.” • “... no trabalho tive uma conversa com a encarregada, porque eu não podia pegar em rolos de 50Kg grávida de 6 meses. Eu queria, mas não me mudaram de sector e a Dr.ª deu-me baixa” • “... não me importava de estar sozinha, vivia sem ele. Sou muito forte e aguento. Andava mais preocupada e ansiosa, não era pela criança, porque não lhe ia faltar nada, era a situação de não ser casada, os outros são preconceituosos” • “... vim embora do emprego porque estava grávida. A gravidez aproximou-me do meu namorado” • “... deixei de estudar porque estava grávida. Primeiro disse à minha mãe que me tinha matriculado e ia para um grupo de jovens. Quando a minha mãe soube, fiquei em casa. Os primeiros meses não foram muito tranquilos, andava preocupada e ansiosa” • “... quando fui viver com ele, ele proibia-me de ver a minha mãe, eu ficava em casa e ele saía e fechava a porta ... começou-me a dar-me maus tratos... até cheguei a ir duas vezes ao hospital, já tinha 6 meses. Andei sempre contente com a gravidez, uma alegria” 	<p>⇒Variável Individual e Social</p> <p>⇒”</p> <p>⇒Variável Individual, Familiar e Social</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒Variável Individual, Familiar e Social</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p>

Extractos de entrevistas (continuação)	6. Alterações no estilo de vida e vivências na gravidez(cont.)
<ul style="list-style-type: none"> • "... a gravidez alterou a nossa vida, a de todos e na altura pensei que ia precisar de um trabalho melhor, estava lá com problemas e custavam a pagar-me" • "... quando fiquei grávida ele foi para Leiria e para mim foi chato, só podia estar com ele ao fim de semana. A mudança de casa custou-me, estava habituada a muita gente ... tinha saudades dos meus irmãos" • "... eu cresci, casei e separei-me dos meus pais ... é difícil. Senti-me olhada, as pessoas reparam na gravidez de uma miúda" 	<p>⇒Variável Individual, Familiar e Social</p> <p>⇒"</p> <p>⇒"</p>

Extractos de entrevistas (continuação)	7. Parto
<p><i>Das 27 adolescentes, 4 tiveram parto por indução, 6 por cesariana e 2 com epidural. Em algumas situações o parto normal foi ajudado pela utilização de ventosas e de fórceps.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • "... estive 13 horas com dores, foi uma experiência muito dolorosa, mas valeu a pena" • "... estive uma noite com dores, sem anestesia, mas depois foi fácil" • "... foi provocado porque eu já estava de 42 semanas, mas tive muitas dores porque a anestesia não fez efeito" • "... andava um bocado preocupada com medo de ir para a maternidade, mas quando nasceu foi uma alegria. As dores foram muitas, mas depois deram-me uma injeção na espinha" • "... às vezes penso naquela hora e não quero ter outro, passei muito" • "... aguentei as dores e depois foi tirado a ventosas" 	<p>⇒Variável Individual e Social</p> <p>⇒"</p> <p>⇒"</p> <p>⇒"</p> <p>⇒"</p> <p>⇒"</p>

Extractos de entrevistas (continuação)	7. Parto (cont.)
<ul style="list-style-type: none"> • eles achavam que eu devia fazer cesariana, porque deixou de se ouvir o coração do bebé, porque ele estava em sofrimento. Comecei a perder muito sangue ... as dores eram tantas e a médica disse que se calhar já estava morto. Entrei em pânico e perdi o controlo, tive que levar anestesia e foi tirado a ventosas” • “... o trabalho de parto foi doloroso e como não tinha contracções fiquei no corredor. Depois levaram-me para a sala de partos e foi horrível, estava desesperada” • “... o médico disse-me que o bebé não nascia se não levasse a “pidural” ” • “... marcaram-me o dia da cesariana porque ele tinha o cordão atravessado” • “... foi provocado e doeu muito. A bebé teve que ir para a neonatologia e aí tive a noção que estava presa a mim” • “... esperei uma noite inteirinha e depois foi tirado com ventosas” • “... queriam-me dar alta porque não era a hora, não quis. Depois foi fácil, dei três puxos e estava cá fora” • “... o parto custou muito, detestei a maternidade, deram-me o soro muito tarde e tiraram com ferros” • “... sofri muito e depois foi cesariana. Quando o vi foi uma alegria, até chorei” • “... foi com ventosas. Nasceu com menos 5 semanas e era muito fraquinho e não teve alta. Sofri muito no parto” 	<p>⇒Variável Individual e Social</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p>

Tabela 6-54 - Características analisadas na gravidez

Gravidez
1. Contracepção
2. Resposta da adolescente à gravidez
3. Reacção da família à gravidez
4. Interrupção voluntária da gravidez
5. Cuidados Pré-natais
6. Alterações no estilo de vida e vivências na gravidez
7. Parto

Pela análise dos conteúdos, verificamos que a situação de gravidez na adolescência, no grupo estudado, é condicionada por variáveis individuais, familiares e sociais, agindo isoladamente ou em conjunto. Assim, verificamos que, na gravidez, algumas adolescentes não fizeram contracepção, por desconhecimento ou correndo o risco, outras interromperam-na e um pequeno número engravidou porque a fizeram incorrectamente. Perante a gravidez, a reacção foi de aceitação e mesmo de alegria e satisfação.

A reacção da família foi também analisada. Assim, constatamos que, na generalidade das situações, a gravidez foi aceite e assumida. Nenhuma das adolescentes desejou interromper voluntariamente a gravidez, embora tenha sido dada esta sugestão pela família e/ou companheiro.

Quanto aos cuidados pré-natais, verificamos que a primeira consulta foi em média ao terceiro mês. As adolescentes recorreram tardiamente à consulta, por receio ou por ignorância, embora em algumas situações tenham confirmado a gravidez realizando a análise na farmácia. Depois da consulta, a generalidade das adolescentes seguiu as recomendações médicas.

As adolescentes viveram mudanças familiares, escolares e profissionais. As que se mantinham a estudar abandonaram a escola e, outras perderam o emprego. O estado civil também se alterou, o que motivou mudança de residência.

O parto (por indução, cesariana ou com epidural) foi vivido, em algumas situações, com sofrimento.

II. Maternidade

Extractos de entrevistas (continuação)	1. Alterações no curso de vida
<p><i>Depois do parto, a situação escolar e profissional alterou-se. Nenhuma das adolescentes voltou a estudar e 7 estão desempregadas, sentindo dificuldade em arranjar uma actividade profissional.</i></p> <p style="text-align: center;"><u>Situação escolar</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • "... não penso e não quero voltar a estudar" • "... gostava de voltar a estudar e de tirar um curso de computadores, mas não dá. Preciso de um emprego" • "... gostava de continuar para arranjar um emprego melhor. Apanho muitos não, por não ter mais estudos" • "... tinha que mudar de emprego para estudar à noite ... já foi difícil arranjar este ..." • "... antes de engravidar pensava estudar à noite, entretanto fiquei grávida e já não deu. Com o trabalho das 16h. às 24h., não dá" • "... já tinha deixado e não penso em voltar, porque já trabalho muito. Só gostava de ter o 9º ano para ter um emprego melhor" • "... eu não sou egoísta, queria ter uma carreira e estudar à noite, mas o meu turno é rotativo e não vai dar. Não posso deixar o emprego" • "... não dá e não quero ... tenho que arranjar emprego, é o que dá de comer ao meu filho" • "... deixei aos 16 anos, mas hoje em dia arrependo-me um bocado. A trabalhar e com o menino não dá" • "... já pensei de noite, de dia não! Com o menino é difícil" • "... tive que procurar emprego e a escola ficou de lado" • "... eu não posso estudar, não tenho com quem o deixar, mas gostava de aprender mais coisas para ensinar ao meu filho, dar-lhe o que não tive" • "... eu sinto-me pessimamente por não estudar, foi uma das razões porque fiquei mais afectada. Tive que arranjar emprego e tenho que acompanhar o meu filho" 	<p style="text-align: center;">⇒ Variável Individual</p> <p style="text-align: center;">⇒ Variável Individual e Social</p> <p style="text-align: center;">⇒"</p> <p style="text-align: center;">⇒"</p> <p style="text-align: center;">⇒"</p> <p style="text-align: center;">⇒"</p> <p style="text-align: center;">⇒"</p> <p style="text-align: center;">⇒ Variável Individual, Familiar e Social</p> <p style="text-align: center;">⇒"</p> <p style="text-align: center;">⇒"</p> <p style="text-align: center;">⇒"</p> <p style="text-align: center;">⇒"</p>

Extractos de entrevistas (continuação)	1. Alterações no curso de vida (cont.)
<p><u>Situação profissional</u></p> <ul style="list-style-type: none">• “... estou desempregada e ando à procura, preciso de dinheiro porque tenho muitas despesas. É difícil arranjar um emprego”• “... mudei de trabalho porque tinha horários muito estranhos. Trabalhei à noite e tive uma depressão. Mudei, não ganho muito, mas já ganhei pior e tratavam-me pior”• “... estava na fábrica e mandaram-me embora. Tive que arranjar emprego, mas estive muito tempo à espera. Agora trabalho 10 horas e tenho 10 m. para almoço, gostava de arranjar outro”• “... trabalhava numa firma e não fazia descontos, depois engravidei e tive que procurar outros. Durante a gravidez não arranjei. Agora tenho contrato de 6 meses a meio tempo, ganho mal”• “... o bebé alterou a minha profissão. Houve problemas com as faltas, e com as baixas quando o menino esteve doente. Mas não quero saber. Se tenho que olhar por ele, falto mesmo”• “... já respondi a muitos anúncios, e nada. Ter um emprego é muito difícil e quando há são muito longe de casa”• “... estou desempregada há 5 meses, o patrão era abusador e vim embora, não fazia descontos, estou à procura”• “... agora gosto do que estou a fazer, mas os horários não são bons. Mas não posso parar, se sair tenho que entrar logo noutra”	<p>⇒ Variável Individual e Social</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p>

Extractos de entrevistas (continuação)	2. Alterações na vida familiar
<p><i>A vida familiar, na maioria das situações, sofreu alterações. As adolescentes referem mudança na relação com os pais, com os sogros e com o companheiro.</i></p> <ul style="list-style-type: none">• “... os meus pais davam coisas à minha irmã e a mim dão-me uma nega. É raro conversar com eles, mas os meus sogros dão coisas à menina”• “... fiquei sózinha e depois comecei esta nova relação. Ele é como um pai, ela chama-lhe pai”• “... a mudança ao princípio foi dura, telefonava muito à minha mãe”• “... a família nova, a dele, no início fiquei triste, mas gosto de lá estar”...• “... dou-me bem com o meu marido e os meus pais ajudam-me muito”• “... os meus pais juntaram-se mais a mim, a relação melhorou”• “... a mudança custou-me muito, senti-me sózinha, estava habituada a minha família, à casa dos meus pais”• “... com o pai do menino chateei-me e acabou ele não ajudava. Hoje falamos e vê o menino. Tive para sair de casa muitas vezes, porque tive problemas com os meus pais. Lá em casa há muita gente e pegamo-nos muito ... fugi sem o menino e ao fim de 3 dias não aguentava e queria tê-lo ao pé de mim. Voltei, depois quis fugir outra vez mas perguntei: “Para onde é que vou? Vou e depois tenho que vir outra vez, mais vale a pena ficar a sofrer.” Neste momento eu precisava de sair dali, porque o meu filho não pode viver ali. Andei ao barulho com o meu pai e ele deu-me duas estaladas e o meu filho sente.”	<p>⇒Variável Individual e Familiar</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒Variável Individual e Familiar</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒Variável Individual, Familiar e Social</p>

Extractos de entrevistas (continuação)	2. Alterações na vida familiar (cont.)
<ul style="list-style-type: none"> • “... depois de nascer fomos viver juntos na casa da minha mãe e ele chegava a casa e não trabalhava, não me ajudava. Eu aí entrei em depressão ... só chorava ... depois aconteceram umas coisas atrás das outras e eu começava a cismar, eram pegas e zangas. Eu disse que era melhor cada um ir para o seu lado” • “... decidimos ir viver com os meus sogros porque os meus pais estão separados e às vezes não se escolhe! Não posso dizer que moro ali porque quero, concordei!” • “... saí da casa dele porque me batia e depois vim para a minha mãe e a assistente social do hospital chamou-nos, quando o menino esteve doente, e eu fui. Disse-lhe que andava naquela vida há 3 anos, a comer e que não tinha necessidade de andar assim porque a minha mãe ajuda-me. E ele disse se podia ver os filhos. Já da outra vez que fugi para a minha mãe, nunca lhe neguei, ele é que faz dos filhos um objecto. Passei fome em casa dele e o meu filho tem falta de carinho de pai, que foi sempre um brutamontes. Voltar a viver com ele, nunca!” • “... sou casada mas já estive separada 3 meses. Fui para casa da minha mãe, ele gastava o dinheiro todo. Os meus sogros ficaram contra mim. Ele batia-me. Depois da separação está tudo melhor. Ele antes bebia e fui ao tribunal porque não me dava pensão. Juntamo-nos porque foi o baptizado, mas eu tinha medo. Agora está melhor, já não é preciso dizer nada para poupar. Era um catraio” • “... já mudei de casa 6 vezes, porque não tinham condições. Agora é para ficar. Zanguei-me com a minha mãe por causa do reatamento com o meu pai. Eles estão separados há 3 anos, eram muitos conflitos e agressões físicas, foi violento” 	<p>⇒Variável Individual, Familiar e Social</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒Variável Individual, Familiar e Social</p>

Extractos de entrevistas (continuação)	2. Alterações na vida familiar (cont.)
<ul style="list-style-type: none"> • “... ele desistiu do casamento e vive em casa dos pais. Depois do nascimento ele afastou-se. Os meus pais foram sensacionais, a relação melhorou. Agora não tenho uma mãe em casa, estamos sózinhas” • “... vivíamos 15 pessoas e a minha irmã tem SIDA. Agora moro nos meus sogros e ajudam-me muito” • “... vivo com a minha irmã mas não me dou com o homem dela e por isso vou à minha sogra comer. Dou-me bem com o meu homem, já pensamos em casar, mas não há dinheiro” • “... zangámo-nos há 4 meses, eu não lhe quero mal, porque se eu quisesse punha-o em tribunal para ele sustentar o menino” • “... casei na gravidez porque pensei que era melhor ser casada do que ser mãe solteira. A mudança foi complicada. Mãe, esposa e dona de casa, sou nova e tenho falta da minha mãe” 	<p>⇒Variável Individual, Familiar e Social</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p>

Extractos de entrevistas (continuação)	3. Alterações no estilo de vida/rotinas
<p><i>Actualmente, as jovens mães sentem modificações no seu dia-a-dia, especialmente do tempo que dispõem para si próprias, para estarem com os amigos, com o companheiro e com o filho.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • “... agora goza-se de outra maneira” • “... antes tinha mais tempo, alterou muita coisa, olhava só para mim e agora é o meu filho e o meu marido” • “... o tempo diminuiu, mas sinto-me contente, porque estou a lidar com uma coisa minha” • “... houve um corte grande com os amigos, porque continuam umas crianças” • “... o tempo para mim claro que modificou. Eu ia sair à noite. Agora se sair tenho que levar o meu filho. Perdi a liberdade” 	<p>⇒Variável Individual</p> <p>⇒Variável Individual e Familiar</p> <p>⇒”</p> <p>⇒Variável Individual e Social</p> <p>⇒Variável Individual, Familiar e Social</p>

Extractos de entrevistas (continuação)	3. Alterações de estilo de vida/rotinas (cont.)
<ul style="list-style-type: none"> • “... praticamente nunca estou com o meu filho, só nas folgas. Já não faço as mesmas coisas. Quando quero sair a minha mãe fica com ele” • “... o tempo não é o mesmo, alterou. Tenho mais trabalho e deito-me tarde. É raro falar com os meus amigos ... tenho saudades da minha juventude” • “... quando não estava grávida tinha mais tempo. Agora a minha avó fica com ele quando vou ao café. Mas não é a mesma coisa, já não falo tanto com os meus amigos e sinto-me mais cansada. Com o meu companheiro é menos tempo juntos, por causa do trabalho” • “... com as tarefas complicadas e há coisas que se deixam de se fazer, até de namorar, passear com amigos” • “... os meus amigos acolheram o meu filho, mas não é a mesma coisa, só estou com eles quando vão lá a casa” • “... o tempo não é o mesmo. Gostava de estar nos meus pais porque as minhas amigas são de perto e saíamos e isso modificou-se. A relação com ele fortaleceu-se mas o tempo que estou não chega, sai de manhã e entra à noite” • “... agora já tenho tempo para descansar, porque ele dá melhores noites. Tenho tempo para estar com os meus amigos, a minha mãe fica com ele” • “... o tempo de descanso e para mim não é o mesmo, saio de manhã e entro à noite. Saía muito, mas não tenho saudades das borgas, o menino chega” 	<p>⇒ Variável Individual, Familiar e Social</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p>

Extractos de entrevistas (continuação)	4. Alterações/Dificuldades
<p><i>As dificuldades mais apontadas por estas jovens são as económicas e consequentemente as habitacionais.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • “... as minhas maiores dificuldades são a falta de dinheiro, mas tenho amigos que me ajudam. Já pensei em arranjar uma casa, para sair de lá, mas é muito caro. Já tive para pedir empréstimo, mas não dão porque não faço descontos” • “... em questões de dinheiro às vezes começa a faltar e isso preocupa-me ... penso ter uma casa minha, só que com o meu ordenado ... se na minha mãe as coisas são difíceis, o que fora sózinha” • “... são as económicas ... gostávamos de ter uma casa mas é difícil por causa das rendas” “É a falta de dinheiro, o meu marido e os pais não dão nada. Se for trabalhar, ponho um bocado de lado, para uma casa” • “... temos uma casa, mas a renda é alta e temos coisas por pagar porque pedimos dinheiro emprestado” • “... tenho novos compromissos e gostava de morar sózinha porque temos que dividir as despesas e na casa dos meus pais eu dava metade mas guardava o resto” • “... o dinheiro preocupa-me, há fraldas e o comer para comprar. Gostava de ter uma casa para os três, mas são tão caras as rendas” • “... de dinheiro tenho que me limitar ao que tenho, tenho para as coisas do bebé, mas não dá para o resto. Dou dinheiro à minha sogra para a renda e para a luz” • “... as dificuldades económicas são aos altos e baixos, mas como desta vez, não!. Não tenho emprego e com a pequenina é complicado. A casa é outra complicação da minha vida, somos 8 pessoas e não tem aquecimento e a cozinha e a casa-de-banho é cá fora. Água quente é uma vez por semana. Uma casa nós é difícil, pedem 2 meses adiantado e já vai mais de 1 mês que não recebe” • “... ando preocupada com o dinheiro, com arranjar emprego e se ele me fica doente” 	<p>⇒Variável Individual, Familiar e Social</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒Variável Individual, Familiar e Social</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p>

Extractos de entrevistas (continuação)	5. Práticas educativas/socialização da criança
<p><i>Em relação à educação do filho, as adolescentes consideram ter conhecimentos suficientes para o educar, recorrendo a familiares e ao médico quando têm dúvidas</i></p> <ul style="list-style-type: none">• “... com a convivência e no dia-a-dia vou saber sempre educá-lo”• “... sei como educá-lo, já tomei conta de uma vizinha, era como uma mãe para ela”• “... quando fui mãe adorei, é uma sensação que só a gente é que passa por aquilo, não sabia o que fazer, perguntava à minha mãe”• “... sentia dificuldade porque era o primeiro filho e eu era uma criança, mas perguntei à minha mãe”• “... quando tenho dificuldades peço ajuda à minha mãe. Ela educou-me bem!”• “... assusta-me o desenvolvimento, a educação e o futuro do menino. Recorro ao pediatra”• “... acho que tenho informação suficiente sobre o desenvolvimento de uma criança, porque leio nos livros. O médico chama-me chata porque faço muitas perguntas. Fui para o médico particular porque tinha mais confiança”• “... criei dois sobrinhos e aprendi com a minha mãe. Quando tenho dúvidas falo com a minha mãe, com a minha sogra e com a médica”• “... quero dar uma educação ao meu filho, que eu não tive e dar o que não tive”	<p>⇒Variável Individual</p> <p>⇒”</p> <p>⇒Variável Individual e Familiar</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒Variável Individual e Familiar</p> <p>⇒”</p> <p>⇒Variável Individual, Familiar e Social</p> <p>⇒ ”</p>

Extractos de entrevistas (continuação)	6. Prestação de cuidados à criança
<p><i>As adolescentes que trabalham deixam os seus filhos com familiares e em amas. Apenas uma tem o filho no jardim de infância.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • “... fica ou na minha mãe ou na mãe dele” • “... vai para a minha avó” • “... na ama e pago 20.000\$00, é do bairro, toma conta de muitos” • “... fica na ama o dia todo” • “... estou em casa e fica comigo. Quando arranjar emprego fica na ama, se eu tiver ordenado para isso” • “... fico eu com ele. Se eu tivesse uma pessoa que ficasse com ele, podia juntar dinheiro. Gostava que ficasse com os meus pais” • “... eu ia pô-lo no jardim, porque a assistente social mandou, mas a minha mãe disse que era melhor não, porque ele ia lá incomodar as pessoas” • “... na altura disseram-me: “não penses que vais deixar para os outros”. Então eu arranjei uma ama lá do bairro, mas só lá estive 2 meses, porque a minha avó quis o menino” • “... fica na minha sogra, porque não posso pô-lo na creche, não tenho dinheiro para isso” 	<p>⇒Variável Individual e Familiar</p> <p>⇒”</p> <p>⇒Variável Individual e Social</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒Variável Individual, Familiar e Social</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p>

Extractos de entrevistas (continuação)	7. Apoio/suporte
<p><i>Algumas adolescentes consideram ter falta de apoio da família, do companheiro e de apoio institucional. Outras têm apoio da família e dos amigos.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • “... tenho falta de apoio dos meus pais, dos meus sogros e do meu companheiro. Desde que ele se foi embora, não dá nada, nem para o filho nem para ninguém” • “... tenho apoio do companheiro e dos pais dele” • “... o meu companheiro ajuda-me, mas não posso contar com mais ninguém” 	<p>⇒Variável Individual e Familiar</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p>

Extractos de entrevistas (continuação)	7. Apoio/suporte (cont.)
<ul style="list-style-type: none">• “... apoio, só tenho da minha sogra”• “... os meus sogros não ajudam com nada, parece que o neto não é deles, os meus pais e ele dão muito apoio”• “... tenho falta dele, os meus pais foram óptimos e os amigos também”• “... não sinto falta de apoio da família, nem dos amigos, mas dele sim. É o pai e às vezes esquece”• “... tenho falta de apoio dele, porque o menino sente a falta dele. Os meus pais ajudam como podem. Do Centro, queria mais ajuda”• “... os sogros não posso contar com eles, a minha mãe ajuda. O Centro devia ajudar mais, a injeção devia ser de graça, a da meningite. A pílula não é dada, porque há marcas que não há. A culpa é dos políticos”	<p>⇒Variável Individual e Familiar</p> <p>⇒”</p> <p>⇒Variável Individual, Familiar e Social</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p>

Extractos de entrevistas (continuação)	8. Outra gravidez
<p><i>Apenas 5 das jovens mães pretendem ter outros filhos. No entanto, uma segunda gravidez ocorreu em três adolescentes, 4, 8 e 18 meses depois do primeiro parto, tendo esta última interrompido a gravidez voluntariamente.</i></p> <ul style="list-style-type: none">• “... Deus me livre”• “... a minha vida não dá para mais filhos”• “... não quero, o sofrimento do parto é horrível e não tenho condições”• “... não quero mais, é já difícil com um, não tenho posses”• “... não queremos porque não tenho possibilidades”• “... depois do que passei com o pai, não quero mais”• “... não quero mais filhos e não posso, não há dinheiro”	<p>⇒Variável Individual</p> <p>⇒Variável Individual e Social</p> <p>⇒”</p> <p>⇒Variável Individual, Familiar e Social</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p> <p>⇒”</p>

Tabela 6-55 - Características analisadas na maternidade

Maternidade
1. Alterações no curso de vida
2. Alterações na vida familiar
3. Alterações de estilo de vida/rotinas
4. Alterações/Dificuldades
5. Práticas educativas/socialização da criança
6. Prestação de cuidados à criança
7. Apoio/suporte
8. Outra gravidez

A análise dos conteúdos indica-nos que a maternidade é condicionada por variáveis individuais, familiares e sociais, agindo isoladamente ou em combinação. Depois do parto, a situação escolar e profissional alterou-se. Nenhuma adolescente voltou a estudar e sete estão desempregadas, sentindo grande dificuldade em arranjar uma actividade profissional por terem poucas habilitações académicas. Houve também mudanças da vida familiar, com saída de casa dos pais, afastamento do companheiro ou, pelo contrário, maior apoio e ajuda da família próxima e alargada.

Relativamente ao tempo, as adolescentes sentem menos disponibilidade para estar com os amigos, para passearem, para estarem com o companheiro e mesmo com o filho, por estarem a trabalhar ou por terem mais tarefas domésticas. As dificuldades mais apontadas são as económicas e habitacionais. No entanto, têm recursos para a alimentação e para apoio ao filho.

Consideram, ainda, ter conhecimento suficiente para educar a criança, recorrendo à mãe, à sogra e à médica quando têm dúvidas. Enquanto trabalham deixam a criança entregue a familiares ou a amas. Apenas uma criança frequenta o jardim de infância.

Relativamente ao apoio/suporte, algumas adolescentes sentem falta de apoio da família e/ou do companheiro e algumas referem necessitar de maior apoio institucional.

Quando questionadas sobre uma próxima gravidez, apenas cinco adolescentes pretendem ter mais filhos. A maioria não quer por não ter condições económicas e/ou familiares.

ANÁLISE ECOLÓGICA (Mãe Adolescente)

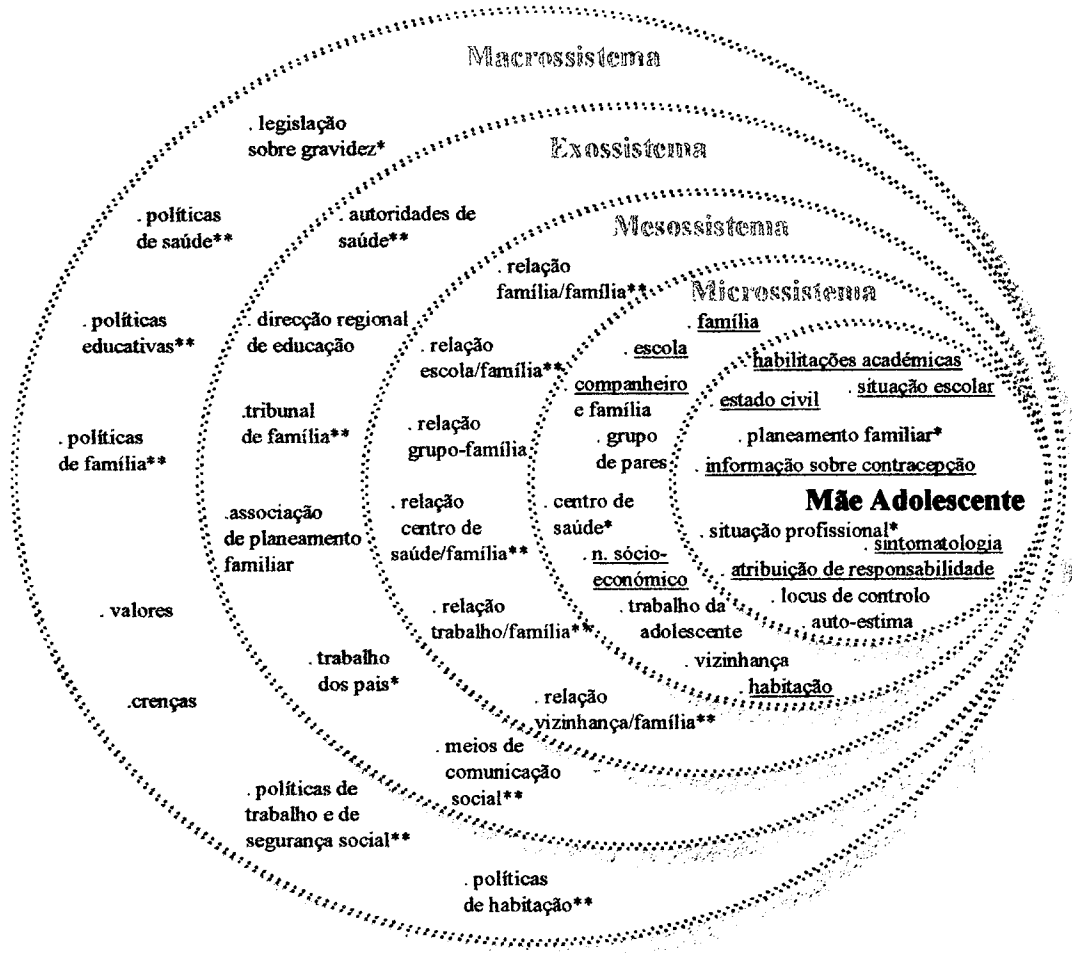


Figura 6-35 - Modelo ecológico de organização de variáveis na gravidez e na maternidade na adolescência

As variáveis indicadas na Figura 6-35 quando sublinhadas indicam haver diferença estatisticamente significativa. Destas, salientamos a “família”, onde se verificaram diferenças a nível do agregado familiar, da idade e da habilitação académica da mãe da adolescente. Na “habitação”, verificaram-se igualmente diferenças no tipo, na tipologia e no número de coabitantes. De igual modo as variáveis assinaladas com * indicam, apesar da diferença não ser significativa, a existência de tendência. Assinalamos ainda algumas variáveis ** a nível do macro, do exo e do mesossistema que foram analisadas indirectamente. Como se pode ver neste trabalho, analisamos sobretudo as variáveis do micro e do mesossistema, porque são as de mais fácil acesso à recolha de dados.

7. Discussão dos resultados

É importante para avaliar os nossos resultados, comparar os dados obtidos com outros estudos realizados em diferentes países.

Por razões metodológicas, seguiremos a ordem de apresentação anteriormente estabelecida, discutindo os dados encontrados nas variáveis relativos à gravidez e em seguida, aqueles que estão relacionados com a maternidade na adolescência.

1. GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Analisámos o estado civil como factor relacionado com a gravidez na adolescência, tendo os nossos dados mostrado que, num grande número de casos, a gravidez ocorreu antes da conjugalidade. Esta verificação está de acordo com os trabalhos de Hayward, Grady & Billy (1992) e de Lucker (1996). Não é surpreendente que assim tenha acontecido, dadas as semelhanças sócio-culturais do nosso estudo com as dos estudos daqueles autores.

Uma outra variável individual que estudámos foi a habilitação académica da adolescente. Ao comparar as Mães Adolescentes com as Adolescentes verificámos que as primeiras completavam menos anos de escolaridade, tendo na maioria dos casos abandonado a escola antes da gravidez. Os resultados indicados pela literatura são convergentes com os nossos (Lamb, 1988, Silva, 1992; Klerman, 1994; Brooks-Gunn et al., 1995; Lourenço, 1996). O nível de escolaridade obtido é um dos indicativos das condições sociais que determinou, na grande maioria das Mães Adolescentes, o abandono escolar.

Um factor muito importante para a gravidez na adolescência que a literatura revelou foi a idade da menarca. A primeira menstruação ocorreu na nossa amostra em média aos 12 anos, idade que foi também encontrada em estudos semelhantes em Portugal (Silva, 1992) e nos EUA (Simkins, 1984). Ora, como a primeira relação sexual nas adolescentes que a tiveram, foi em média aos 16 anos, este facto adquire grande importância para o estudo deste problema. Verificámos que um grande número de Adolescentes não teve ainda relações sexuais, apesar da média de idade ser idêntica nos dois grupos. Esta circunstância é convergente com os resultados de Lourenço (1996), que verificou que

70% das adolescentes sem história de gravidez, não tinham tido relações sexuais. Podemos concluir que a ocorrência de gravidez pode ser influenciada, entre outros factores, pela idade da primeira menstruação e da primeira relação sexual o que poderá estar relacionado com a antecipação do desenvolvimento pubertário que vem ocorrendo no mundo ocidental, como afirmaram Miller & Moore (1990); McCullough & Scherman (1991) e mais recentemente Lucker (1996). Ora, tal como Hogan & Kitagawa (1985) assinalaram, também nós concluímos que quanto mais cedo é a idade da primeira relação sexual maior é a probabilidade de gravidez na adolescência. De facto, no grupo de Mães Adolescentes, a gravidez ocorreu em média aos 17 anos, idade que corresponde à indicada pelas estatísticas nacionais disponíveis (INE; 1995).

As variáveis individuais estudadas podem ser potencializadas por variáveis familiares que parecem influenciar o comportamento sexual e a gravidez na adolescência. Por isso, estudámos também algumas características dos pais, a configuração e a dimensão do agregado familiar. Nos dois grupos da nossa amostra, a maior parte das adolescentes vivia com os pais. Todavia, no grupo de Mães Adolescentes algumas delas já estavam casadas ou em união de facto, continuando, no entanto, a viver com a família. Constatámos, ainda, que neste grupo, mesmo quando o companheiro não fazia parte do agregado familiar, isto é, não havia coabitação, a gravidez ocorreu. Os resultados encontrados apontam para o facto de que a coabitação com o companheiro ou namorado não ser factor suficiente, embora seja importante para a ocorrência de gravidez. Tal facto foi salientado na literatura que aponta para uma maior percentagem de gravidez nas adolescentes solteiras (Ketterlinus & Lamb, 1994; Lucker 1996). Por outro lado não podemos concluir se o facto de viver com a família, por si só, pode influenciar a ocorrência de gravidez, pois, os nossos dados indicam que no grupo de Adolescentes não há gravidez apesar de viverem todas com a família. Por isso, foi necessário estudar também outras características da família de forma a interpretar a importância da conjugação de factores na ocorrência de gravidez. Estudámos, assim, o número de irmãos e o lugar na fratria da adolescente. Os nossos resultados parecem mostrar que, tal como indicou Robbins, Kaplan & Martin (1985), Gordon (1996) e Lourenço (1996), o número de irmãos e o lugar na fratria estão relacionados com a iniciação precoce à actividade sexual e com a ocorrência de gravidez na adolescência, isto porque nas

famílias mais numerosas há talvez uma menor atenção e supervisão parental, levando as adolescentes e até os próprios pais, a uma menor abertura sobre questões relacionadas com a sexualidade (Barnett et al., 1991).

O nível de informação dos pais pode também influenciar a qualidade da relação destes com a adolescente. Por isso, estudámos como característica familiar, as habilitações académicas dos pais. Verificámos que o número de anos de escolaridade da mãe é significativamente mais baixo no grupo de Mães Adolescentes, tendo em média quatro anos de escolaridade, enquanto que no grupo de Adolescentes, as mães têm em média sete anos de escolaridade. Este resultado, parece indicar que um menor nível académico da mãe da adolescente pode ser um factor relacionado com a actividade sexual e com a gravidez precoce. Tal constatação foi também salientada por Simkins (1984) e Smith (1994).

Outras características das mães da adolescente podem estar relacionadas com a maior probabilidade de gravidez nas filhas. Por isso, analisámos o estado civil e a idade da mãe na primeira gravidez. A experiência sexual e a gravidez precoce da mãe da adolescente tem sido relacionada com a experiência precoce da filha adolescente (Miller & Moore, 1990), tendo alguns autores verificado uma transgeracionalidade da gravidez precoce (Trent, 1994; Gordon, 1996; Lourenço, 1996). O nosso estudo, no entanto, não confirma esta relação.

Na nossa pesquisa, o grupo de Mães Adolescentes refere a existência de situações problemáticas que envolvem a família próxima, destacando-se a toxicodependência, o alcoolismo e a gravidez na adolescência. Tal constatação sugere que situações problemáticas podem afectar a comunicação na família e a vida familiar no seu todo, criar situações de conflito e de "stress", o que, de acordo com o sugerido na literatura, parece estar associado à gravidez na adolescência (McCullough & Sherman, 1991; Barnett et al., 1991; Gordon, 1996).

Se os factores individuais e familiares se conjugam para tornar possível a gravidez, o comportamento sexual é também influenciado por factores sociais, que no presente estudo são designados por variáveis sociais.

Relativamente ao estatuto sócio-económico, verificámos que o grupo de Mães Adolescentes era significativamente mais desfavorecido do que o grupo de Adolescentes. Este resultado está de acordo com o descrito por Moore et al. (1986) e Smith (1994), que constataram também que o comportamento sexual na adolescência pode ser influenciado pelo nível sócio-económico. Assim, parece-nos poder dizer que por exemplo, certas situações de pobreza estão relacionadas com maior probabilidade de gravidez na adolescência.

Relativamente à profissão dos pais constatámos que no grupo de Adolescentes, alguns pais têm actividades profissionais especializadas, o que corresponde a um maior grau académico. No grupo de Mães Adolescentes, ao contrário, a profissão dos pais é na maioria dos casos pouco diferenciada. Esta nossa verificação, é também referida na literatura (Franklin, 1988; Murry, 1992) e indica que a actividade profissional dos pais da adolescente, quando não diferenciada, pode significar falta de oportunidades, de recursos e maior dependência de subsídios por parte do estado. Todas estas circunstâncias podem influenciar a vida sexual precoce e a gravidez na adolescência.

As variáveis, profissão dos pais e nível sócio-económico, relacionam-se também com a habitação do agregado familiar. Nos nossos resultados constatámos que o tipo de habitação no grupo de Mães Adolescentes é significativamente inferior em qualidade ao do grupo de Adolescentes. No primeiro grupo as Mães Adolescentes vivem em habitação de tipo social ¹¹, coabitando em média cinco pessoas numa habitação do tipo 1 e do tipo 2. Já no grupo de Adolescentes a maioria vive em andar/apartamento de tipo não social, coabitando em média 4 pessoas numa habitação do tipo 3 ou superior. Os nossos resultados parecem indicar que, entre outros factores, o tipo de habitação mais degradada e um maior número de coabitantes, pode aumentar a probabilidade de gravidez na adolescência. Esta associação foi apontada por Klerman (1994) ao verificar que as jovens residentes em comunidades caracterizadas por baixos recursos económicos

¹¹ As características da habitação social nas freguesias de Aldoar e Ramalde indiciam baixas condições económicas e sociais (Baptista, Perista, Reis, 1995).

e sociais, a residir em “guetos”, tinham taxas mais elevadas de gravidez do que as jovens que não viviam em tais ambientes.

Alguns autores sugerem a relação entre a satisfação com a vida escolar, as maiores aspirações académicas, o prosseguimento dos estudos e a menor vulnerabilidade à gravidez precoce (Robbins, 1985; Miller & Moore, 1990; Murry, 1992). O nosso estudo mostra, pois, que no grupo de Adolescentes a grande maioria continua a estudar, estando esta constatação de acordo com o estudo de Chilman (1980). Pelo contrário, no grupo de Mães Adolescentes a maioria tinha abandonado a escola antes da gravidez. As principais causas desse abandono, por elas apontadas, são a necessidade de ajudar economicamente a família e a falta de motivação para os estudos. Assim, o abandono escolar é, em alguns casos, motivado pela necessidade de ter um emprego de forma a melhorar as condições económicas da família.

Veevers (1980); Jacobson, Heaton & Taylor (1988) constataram que o facto das adolescentes estarem empregadas se relacionava com as expectativas de maternidade, com menor fertilidade e tendência para o planeamento da gravidez. Trent (1994) faz constatações semelhantes dizendo que a participação no mundo de trabalho se relaciona com a escolha da gravidez, o que equivale a dizer, quando forem mais velhas e quando casadas. Parece, pois, que com a situação de emprego as adolescentes adquirem alguma autonomia e estabilidade o que lhes permitirá um casamento e uma maternidade planeada. Contudo, no nosso estudo, não verificámos a relação entre o facto da adolescente possuir uma actividade profissional e o planeamento da gravidez. Esta nossa constatação, parece poder explicar-se pela necessidade da adolescente ter de ajudar a família, o que a obriga a trabalhar sem benefícios sociais e, portanto, sem as tais características de opção e de estabilidade que os autores referem. Huerta-Franco; León & Malacara (1996) no México, constataram que existe também uma relação entre um trabalho de fraca qualidade e com fracos benefícios sociais e o risco de gravidez não planeada na adolescência.

Considerámos a informação sobre a contracepção como uma variável social. Na nossa amostra, verificámos que é elevado o número de adolescentes dos dois grupos que não tinha feito contracepção na primeira relação sexual, por não terem conhecimento dos

métodos ou conhecendo-os, acreditavam que por ser a primeira relação não ficavam grávidas ou ainda, preferiram “correr” o risco. Esta atitude está relacionada com o conceito de “invulnerabilidade” que a adolescente parece ter, conforme o estudo de Chilman (1983). Este autor indica que esta característica é um sentimento comum na adolescência. O grupo de Mães Adolescentes tinha menor informação sobre contracepção do que o grupo de Adolescentes, que hoje têm a mesma idade, sendo a fonte de informação mais citada, em ambos os grupos, a mãe da adolescente. Esta falta de informação tem vindo aparentemente a ser corrigida, como se verifica nas oito Adolescentes que já tiveram relações sexuais, e que, na grande maioria (sete) fez consulta de planeamento familiar sob orientação médica. As adolescentes deste grupo, que ainda não tiveram relações sexuais, sabem da existência do planeamento familiar, e três, de entre elas, já frequentam regularmente esta consulta. Assim, no grupo de Adolescentes parece haver maior consciência da necessidade de prevenção da gravidez nesta fase da vida. No grupo de Mães Adolescentes, o planeamento familiar foi realizado por doze, embora não tenha sido suficiente para a prevenção da gravidez. Este dado parece-nos pois indicar que, apesar de terem feito contracepção, esta não foi correctamente utilizada. Permite ainda confirmar que a informação sobre a contracepção dada pela família, pela escola e mesmo pelo médico, não parece ser suficiente para um planeamento eficaz da gravidez, pois julgamos que outras variáveis psicológicas, sociais e culturais interferem no comportamento sexual da adolescente.

O estudo das características do companheiro e do namorado, tais como habilitações e a idade, indica que os “Pais” tinham menos anos de escolaridade e abandonaram a escola mais cedo, quando comparados com os jovens namorados das Adolescentes. Este resultado foi também assinalado por Card & Wise (1978), Hendricks & Fullilove (1983); Lamb (1988) e East & Felice (1996).

2. MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA

As variáveis individuais, familiares e sociais que descrevemos nos resultados da nossa investigação, foram seleccionadas de entre os diversos factores que foram indicados na revisão de literatura e na leitura dos resultados do trabalho que realizámos. Deste modo,

verificámos que tal como acontecia no estudo das variáveis que mais influenciaram a ocorrência de gravidez, há uma interrelação nos factores analisados relativos à maternidade neste grupo. Contudo, iremos discuti-los segundo a metodologia anteriormente apresentada para tentar avaliar a importância de cada um deles.

A gravidez alterou o estado civil das Mães Adolescentes pelo que a maior parte delas está casada. No entanto, algumas mantiveram-se solteiras, por opção ou por o companheiro não ter assumido a paternidade. Os nossos resultados indicam que a maior parte das adolescentes casadas, o que ocorreu depois da concepção ou depois do parto, se sentem bem com o casamento. A opção de se manter solteira parece pois poder traduzir uma maior aceitação social deste facto, em concordância com o que Prater (1995) concluiu. Saliente-se que na sociedade portuguesa actual não é frequente o casamento por opção no período que determinámos corresponder à adolescência, o que é também evidente da leitura da nossa própria amostra. Num outro contexto, Brooks-Gunn et al. (1995) chegaram também à conclusão que o casamento da mãe adolescente é menos frequente do que há alguns anos atrás.

Ser mãe na adolescência é ainda condicionante da educação da adolescente que pela gravidez abandona a escola (Simkins, 1984; Scott-Jones & Turner, 1990; Smith, 1994 e Prater, 1995).

Os nossos resultados mostram também a existência desta relação. As Mães Adolescentes que estudavam, vieram a abandonar a escola em função da gravidez. Estes resultados indicam, ainda, que quando comparamos as Mães Adolescentes com as Adolescentes, verificámos que as primeiras têm menos anos de escolaridade. Estes dados parecem reforçar a ideia que a permanência no sistema educativo diminui a vulnerabilidade da adolescente para uma gravidez precoce.

Os dados relativos à menarca e à primeira relação sexual, mostram convergência nos dois grupos, isto é, uma e outra destas variáveis ocorrem na mesma média de idade no grupo das Mães Adolescentes e no grupo das Adolescentes.

Passamos agora ao estudo de variáveis mais ligadas a aspectos psicológicos e psicopatológicos, nomeadamente, locus de controlo, atribuição de responsabilidade, auto-conceito e sintomas psicopatológicos, que como referimos são utilizados com adolescentes, dadas as alterações que se constataam neste período. Parece-nos assim, que tais indicadores serão também valiosos contributos para o nosso estudo.

Já anteriormente referimos que as mães adolescentes têm sido caracterizadas como possuindo locus de controlo externo (Mercer, 1986). Tal resultado não foi por nós verificado, quando comparámos o grupo de Mães Adolescentes com o grupo de Adolescentes. Os valores obtidos nesta característica para as Mães Adolescentes ¹² e para as Adolescentes ¹³ aproximam-se das normas da população de origem (estudantes universitários, entre os 19 e os 25 anos) ¹⁴. Relativamente à atribuição de responsabilidade, verificámos que o grupo de Mães Adolescentes atribuía menor responsabilidade pessoal aos resultados com consequências negativas ¹⁵. Este resultado parece estar relacionado com a percepção que as Mães Adolescentes parecem ter de que as situações mais adversas e os insucessos no percurso de vida e na gravidez, são motivados ou são consequência de factores exteriores a elas próprias. No entanto, este valor distancia-se dos valores médios obtidos na população de origem (jovens de 21 anos e a frequentar o ensino superior) ¹⁶.

Na escala de auto-conceito para adolescentes, os nossos resultados mostram na sub-escala "Perfil de auto-percepção" não haver diferença significativa entre os dois grupos da nossa amostra. Os resultados da aplicação da sub-escala "Atribuição de

¹² No grupo das Mães Adolescentes verificámos a Média de 11,78 e d.p. de 3,45

¹³ No grupo das Adolescentes verificámos a Média de 11,32 e d.p. de 3,71

¹⁴ Na população de referência a Média é 12,12 e o d.p. é 3,71, In Barros, Barros & Neto (1989).

¹⁵ No grupo das Mães Adolescentes verificámos a Média de 16,15 e d.p. de 3,84.

¹⁶ Na população de origem a Média é 13,7 e d.p. de 3,7, In Neto, F., Barros, A. M. & Barros, J.H. (1990).

importância” mostram haver diferença significativa entre os dois grupos no domínio “comportamento”. Este resultado indica que a Mãe Adolescente parece atribuir maior importância ao modo como age e como as suas acções podem corresponder aquilo que os outros esperam dela, como mãe e como mulher. Esta verificação é reforçada por Dunst et al. (1986) que encontraram maior locus de controlo interno na mãe adolescente casada.

Os resultados verificados nas variáveis psicológicas locus de controlo, atribuição de responsabilidade e auto-conceito parecem indicar que as mudanças a nível individual, familiar e social ao longo da gravidez e depois do parto, são sugestivos de uma melhor imagem que a adolescente tem de si própria. Esta ideia, foi também sugerida por outros estudos (Kogan et al., 1965; Blinn-Pike et al., 1994). Para podermos confirmar esta ideia, seria necessário estudar estas variáveis na mãe adolescente no momento em que confirma a sua gravidez e, posteriormente, na altura em que se torna mãe. Colletta et al. (1981) põem, assim, a hipótese que se a mãe adolescente tem auto-estima positiva, locus de controlo interno e um sistema social de suporte, então fará uma avaliação menos negativa da sua situação e poderá reagir melhor às dificuldades individuais, familiares e sociais com que se depara. Shapiro & Mangelsdorf (1994) verificaram também que as mães adolescentes que sentiram maior suporte do companheiro tinham maior auto-estima e sentiam-se mais capazes, estando, para estes autores, a auto-estima relacionada positivamente com a eficácia da jovem como mãe.

No estudo da sintomatologia psicopatológica verificámos haver apenas diferença na ansiedade fóbica ¹⁷ e na somatização ¹⁸. Os valores obtidos para as Mães Adolescentes são superiores aos dos valores obtidos na população de origem (com idade média de 30

¹⁷ Média de 0,73 e d.p. de 0,62 para as Mães Adolescentes e Média de 0,33 e d.p. de 0,37 para as Adolescentes.

¹⁸ Média de 0,84 e d.p. de 0,76 para as Mães Adolescentes e Média de 0,46 e d.p. de 0,44 para as Adolescentes.

anos)¹⁹. Assim, estes resultados indicam que as Mães Adolescentes podem sentir maior ansiedade relativamente a medos que parecem ser persistentes e maior somatização reflectindo maior mal estar, provocado por sintomas cardiovasculares, gastrointestinais e respiratórios. No contexto do nosso estudo, as circunstâncias que rodeiam a maternidade parecem justificar a frequência destes sintomas na mãe adolescente.

As variáveis familiares estudadas contribuem também para o conhecimento do contexto da maternidade na adolescência. Em consequência da gravidez, a situação familiar destas jovens foi alterada. Algumas optaram pelo casamento ou pela união de facto, o que conduziu a alterações no agregado familiar. Verificámos que a maioria vive com o companheiro, ainda que algumas estejam a coabitar com a família, os pais ou os sogros. No entanto, as Mães Adolescentes solteiras mantêm-se a viver com os pais. Os nossos resultados mostram assim que apesar de a maioria ter o apoio do companheiro, possivelmente por razões económicas e de suporte, aproximadamente metade, permanece no contexto familiar. Este grau de dependência é característico da adolescência em Portugal, como se mostra com o resultado do grupo de Adolescentes que continuam a viver com a família.

De igual modo, há também diferença entre o nível de escolaridade e a idade da mãe das adolescentes. Assim, constatámos ser superior a idade e o nível de escolaridade da mãe no grupo das Adolescentes quando comparamos com os resultados, destas variáveis, no grupo das Mães Adolescentes. Estas duas variáveis parecem poder traduzir maior informação, esclarecimento e abertura, por parte das mães, relativamente ao comportamento sexual da Adolescente.

Por considerarmos que as variáveis sociais são também determinantes da maternidade na adolescência, estudámos aspectos que dizem respeito à situação económica, escolar, profissional e relativos à contracepção e ao planeamento familiar. Por fim, consideramos

¹⁹ Média de 0,42 e d.p. de 0,66 para a ansiedade fóbica e Média de 0,57 e d.p. de 0,92 para a somatização, obtidas na população de origem, Canavarro (in press).

algumas características do companheiro, que apesar de carácter individual, condicionam a situação social da maternidade na adolescência.

Os resultados apresentados parecem indicar que o estatuto sócio-económico e o rendimento familiar das Mães Adolescentes é significativamente inferior ao das Adolescentes. As situações de maior dificuldade económica dizem respeito às Mães Adolescentes que vivem só com o companheiro e que deixaram a família. Deste modo concluímos que a maternidade na adolescência parece ter implicação no rendimento familiar, que se agrava, particularmente se as jovens têm poucas habilitações e emprego precário. Este resultado foi anteriormente assinalado por Scoott-Jones & Turner (1990) e Klerman (1994) que verificaram a existência de dificuldades económicas e baixo rendimento em jovens adultas, mães durante a adolescência, particularmente se provinham de famílias de baixos recursos.

Um outro indicador do estatuto sócio-económico é a habitação do agregado familiar. Como referimos, a habitação do grupo de Mães Adolescentes era precária, mesmo antes da ocorrência de gravidez. Actualmente, dadas as alterações no estatuto matrimonial, algumas Mães Adolescentes vivem em habitação ainda mais degradada, partilhando-a com outras pessoas que não pertencem à sua família. A situação económica, anteriormente descrita, faz permanecer outras Mães Adolescentes, juntamente com o filho e o companheiro, na habitação da família. Esta circunstância, explica um maior número de coabitantes para o mesmo espaço físico e para a mesma realidade social.

A gravidez, levou as Mães Adolescentes que estudavam a deixar a escola. Tal constatação, indicada noutros estudos (Smith, 1994; Klerman, 1994, Brooks-Gunn et al., 1995) mostra, pois, que o nível académico das Mães Adolescentes é maioritariamente mais baixo, pois em média nem sequer possuem a escolaridade obrigatória. Este facto, parece reflectir a dificuldade de conseguirem actividades profissionais estáveis e bem remuneradas, que as Mães Adolescentes manifestam. Da análise dos nossos resultados, podemos concluir que, particularmente depois do parto, as Mães Adolescentes parecem ter mais dificuldade em conseguir emprego e uma vez empregadas, auferem baixa remuneração, horários “pesados” e poucos benefícios sociais.

As variáveis relativas à contracepção e ao planeamento familiar indicam maior esclarecimento e planeamento da vida sexual nas Adolescentes mesmo antes de algumas destas a iniciarem. De facto, verificámos que mais de metade das Adolescentes fez já consulta de planeamento familiar o que parece ser um factor com peso no controlo da gravidez.

Relativamente ao companheiro, os resultados da nossa pesquisa mostram que os que hoje são "Pais" têm poucas habilitações académicas, reflectindo-se na situação profissional e na situação económica, como vimos anteriormente. O companheiro no grupo de Adolescentes, pelo contrário, tem hoje mais habilitações académicas o que poderá traduzir também maiores expectativas educativas e profissionais que, em nosso entender, poderá justificar a atitude mais esclarecida e o mais correcto comportamento sexual na relação com a Adolescente.

Para uma melhor compreensão do contexto da gravidez e da maternidade na adolescência estudámos ainda variáveis específicas a estas realidades. Salientamos, no entanto, que a escala utilizada foi concebida para o estudo destas atitudes em mulheres grávidas. Assim, estamos conscientes que os resultados que encontrámos podem estar de alguma forma enviesados, pois foi aplicada depois do parto. Todavia, os dados que apresentámos estão de acordo com as características verificadas através da análise de conteúdo dos extractos das entrevistas, que atrás referimos. Estes resultados, por comparação com os valores obtidos para a população de origem²⁰ parecem indicar que a

²⁰ Média de 23,8 e d.p. de 4,6 para as População de origem e Média de 19,29 e d.p. de 5,1 para as Mães Adolescentes, no **Factor 1- Gravidez como factor de mudança**.

Média de 12,8 e d.p. de 3,1 para as População de origem e Média de 9,8 e d.p. de 2,9 para as Mães Adolescentes, no **Factor 2- O bebé "imaginado"**.

Média de 20,1 e d.p. de 3,9 para as População de origem e Média de 17,2 e d.p. de 3,4 para as Mães Adolescentes, no **Factor 3- "Boa Mãe"**.

Média de 15,8 e d.p. de 2,2 para as População de origem e Média de 14,74 e d.p. de 2,5 para as Mães Adolescentes, no **Factor 4- "Aspectos difíceis"**, Xavier & Paúl (sem data).

gravidez foi um factor de mudança na vida das Mães Adolescentes, fazendo-as sentir diferentes, como adolescentes, e perceber as diferenças ocorridas na sua vida escolar, profissional e familiar. Os resultados parecem também indicar preocupação e ansiedade com o bem estar físico e emocional da criança e empenho para serem "Boas Mães". Indicam, também, desejo para responder às solicitações da criança e para afastar de futuras dificuldades. Estas atitudes parecem, pois, relacionar-se com a percepção que as Mães Adolescentes tiveram das dificuldades sentidas no curso da sua vida, durante a gravidez e com as preocupações económicas que têm como mães. Relativamente ao suporte da família, particularmente da mãe e do companheiro, os resultados encontrados mostram que estas relações "significativas" foram e são fontes de apoio e de suporte físico e emocional, aspectos igualmente assinalados nos conteúdos Apoio/Supporte, extraído das entrevistas. Este resultado foi também verificado por Bernardi et al.(1992).

Os resultados obtidos na avaliação de recursos adequados indicam que o nosso grupo de Mães Adolescentes parece ter pouco tempo para completar os estudos, para descansar e para si própria. Salientamos, ainda, o facto de assinalarem ter pouco tempo para estar com os amigos e com o companheiro, embora mais de metade indique ter alguém com quem falar. Todas consideram ter informação adequada sobre os métodos de controlo de natalidade. Relativamente aos recursos sociais, a maioria considera a habitação onde reside pouco adequada, destacando-se a falta de aquecimento. Consideram, no entanto, que o mobiliário e as condições sanitárias são adequadas. Apenas seis consideram seguro o ambiente social onde vivem.

A nível económico têm recursos para fazer face às despesas para a alimentação, para as contas mensais da vida doméstica e para bens indispensáveis, não tendo, na maioria, recursos para divertimentos, viagens ou mesmo para efectuar poupanças. Relativamente à criança, consideram dispor de recursos adequados, pois a maioria assinala ter brinquedos e roupas suficientes, dispor de tempo para o seu filho e ter conhecimento sobre a forma como educá-lo.

Considerámos ser necessário salientar a percentagem (59%) das Mães Adolescentes do nosso estudo que assinala a segurança social e outros serviços públicos, de um modo geral, pouco ou nada adequados às suas necessidades.

Os extractos das entrevistas das Mães Adolescentes vêm reforçar os resultados quantitativos que discutimos anteriormente. As atitudes e os comportamentos destas jovens foram condicionados por variáveis individuais, familiares e sociais que isoladamente ou combinadas entre si, vieram a influenciar o aparecimento da gravidez e a vivência da maternidade.

O testemunho das Mães Adolescentes indica um relativo desconhecimento que algumas adolescentes tinham sobre os métodos de contracepção e a dificuldade, de outras, em obter recursos relacionados com a contracepção. Para além disso, constatámos ainda que a informação, nestes domínios, era incompleta, dada a incorrecta utilização dos contraceptivos. Esta constatação foi também descrita por Simkins (1984), Furstenberg (1992) e Prater (1995).

A resposta da Mãe Adolescente à gravidez foi na maioria das situações a de aceitação, apesar de nenhuma a ter planeado. No entanto, os testemunhos indicam que a gravidez alterou a vida escolar e familiar destas jovens. A descrição do modo como a família e o companheiro receberam e reagiram à notícia, mostra que a decisão de ser mãe não corresponde só ao desejo da adolescente, mas também indica tratar-se de uma resposta familiar responsável, de acordo com os valores e crenças individuais e familiares relativamente à contracepção, à maternidade e ao aborto. No nosso estudo verificámos maior aceitação da família quando a adolescente era já casada, apesar da gravidez não ter sido planeada. Deste modo, concluímos que a reacção da família à gravidez foi, em algumas situações, inicialmente de descontentamento, de preocupação e de desapontamento. Contudo, a família parece, posteriormente, aceitar a gravidez preocupando-se com o bem estar da grávida adolescente. Esta atitude da família foi também descrita por Furstenberg (1980) tendo verificado que a gravidez em algumas famílias parece estabilizar dificuldades anteriores, tornando-a mais unida.

Todas as Mães Adolescentes decidiram levar a gravidez a termo. No entanto, como verificámos, alguns familiares sugeriram à adolescente que abortasse, a qual por motivos pessoais, familiares e de saúde decidiu não realizar o aborto. As condicionantes que levaram a adolescente a recusar a interrupção voluntária da gravidez, são equivalentes às encontradas por Farber (1991).

A maioria das Mães Adolescentes fizeram a primeira consulta pré-natal tardiamente por não terem sinais fisiológicos da gravidez ou por receio que isso denunciase o seu estado. Outros estudos revelam também que a consulta pré-natal é tardia neste grupo etário (Maia et al., 1991; Moucho, 1992; Lee & Grubs, 1995 e Tavares et al., 1996). No entanto, um elevado número de Mães Adolescentes quis inicialmente confirmar a gravidez, recorrendo a outros meios para o fazer. O evitar a consulta do médico de família parece traduzir a percepção que a Mãe Adolescente tinha de que desse modo, a família e a vizinhança poderiam tomar conhecimento, desta situação. Por terem iniciado a vigilância médica pré-natal muito tarde a maioria considera, pois, ter ido a poucas consultas. Quanto às recomendações médicas até à confirmação da gravidez, algumas Mães Adolescentes não tiveram cuidados específicos. Outras, por razões de natureza económica consideram não ter tido cuidados com a alimentação. Simkins (1984) e Smith (1994) verificaram também que muitas adolescentes de meios mais desfavorecidos têm piores condições sanitárias e nutricionais.

Durante a gravidez ocorreram alterações na vida pessoal e familiar das Mães Adolescentes. Como já assinalamos anteriormente houve alteração no estado civil, no agregado familiar, na situação escolar e académica. A maioria das Mães Adolescentes considera a gravidez como factor de mudança física e psicológica e de crescimento pessoal gratificante e, em alguns casos, como a sua melhor vivência. Contudo, sentem maior preocupação com a situação profissional e económica, manifestando ainda a falta de apoio de familiares e de amigos com quem, por não ter outra opção, deixaram de conviver tão frequentemente.

Não sendo nosso objectivo estudar as características do parto, concluímos, todavia, ter sido vivido num grande número de casos com muito sofrimento. Em algumas situações foi necessária a intervenção médica para facilitar o nascimento e minorar o sofrimento materno.

As características analisadas para a situação da maternidade neste grupo são também, como apresentámos nos extractos das entrevistas, condicionadas pelas variáveis individuais, familiares e sociais.

Como vimos, a maternidade causou alterações na vida pessoal das adolescentes, tais como o abandono da escola e do trabalho. No entanto, algumas Mães Adolescentes gostariam de poder voltar a estudar e completar os estudos. A vida familiar e a situação profissional não lhes permite, pelo menos nos tempos mais próximos, regressar ao sistema educativo dada a dificuldade em compatibilizar os horários profissionais, o tempo necessário para a prestação dos cuidados ao filho com os horários estabelecidos nas nossas escolas.

As jovens que deixaram a casa dos pais, sentem falta destes, em particular da mãe. Outras, já depois do parto afastaram-se do companheiro por maus tratos e por falta de apoio. O tempo disponível para si próprias e para estar com os amigos é menor, pois para além do tempo que passam no emprego, com horários por turnos, têm também funções e tarefas domésticas acrescidas. As Mães Adolescentes consideram ter conhecimentos de como educar o filho, pois referem, terem ajudado a cuidar dos irmãos mais novos e de outros familiares. Perante qualquer dificuldade recorrem ao médico de família ou procuram informar-se junto da mãe ou da sogra, que em muitas situações, foi quem as ajudou no período de pós-parto. A família chegada, particularmente a mãe ou a sogra, são na maioria dos casos o prestador de cuidados à criança durante o horário de trabalho da Mãe Adolescente. As que não têm suporte da família, recorrem a amas que residem na comunidade. Realçamos ainda, o facto de apenas uma criança frequentar o jardim de infância, por dificuldades económicas das mães das restantes. Relativamente ao apoio prestado, a família e o companheiro são as principais fontes de suporte e de apoio. No entanto, as Mães Adolescentes que se afastaram do companheiro sentem falta de suporte económico e exprimem preocupação relativamente ao facto dos filhos sentirem, também eles, a ausência e o desinteresse do pai. A situação sócio-económica de um grande grupo de Mães Adolescentes parece justificar a decisão de não desejarem outra gravidez. Considerando a possibilidade da melhoria das circunstâncias de vida e das circunstâncias socio-económicas, cinco Mães Adolescentes admitem a possibilidade de virem a ser novamente mães.

As variáveis estudadas neste trabalho foram, ao longo da análise e discussão dos resultados obtidos, situadas nos diversos níveis que Bronfenbrenner (1979) estabeleceu

na perspectiva ecológica. Esta perspectiva permitiu, assim, a abordagem que realizámos da gravidez e da maternidade na adolescência, numa zona geográfica do Porto, considerando os níveis de impacto destas variáveis a nível individual, familiar e social e possibilita ainda reflectir medidas de intervenção a estabelecer e a implementar em grupos semelhantes ao do nosso estudo.

Na gravidez, a adolescente está inserida na família, na rede de amigos, na relação com o companheiro e com as instituições com as quais se relaciona no seu dia-a-dia. Depois do parto, também a criança faz parte da nova família, que a Mãe Adolescente representa, e assim estabelece relações, por sua vez, com estes elementos. Deste modo, os contextos onde a adolescente se desenvolve, tais como a família, a escola, o grupo de pares, a vizinhança, o local de trabalho e o Centro de Saúde, parecem determinar e reforçar as representações da adolescente relativamente à vida sexual, à contracepção e ao planeamento familiar, à gravidez e à maternidade. A forma como a grávida e a mãe adolescente “negociam” as circunstâncias da sua gravidez e a forma como educam e interagem com seu filho parece ser determinada pelas características individuais e pelas experiências anteriores, não esquecendo que a adolescente vive a experiência da maternidade no período de construção da sua identidade. Tudo isto faz parte da ecologia da grávida e da mãe adolescente.

A gravidez na adolescência pode pois, constituir um factor de risco para o desenvolvimento da adolescente e do seu filho e é muitas vezes consequência de diferentes factores de risco, que separadamente ou em conjunto, contribuem para a vida sexual não planeada. Estes factores que parecem correlacionar-se entre si e actuar no risco de gravidez não planeada, podem continuar a ter um efeito negativo na trajectória de vida da mãe adolescente. As responsabilidades acrescidas, constituem também obstáculos aos objectivos educacionais e profissionais da mãe adolescente. No entanto, consideramos que a gravidez e a maternidade na adolescência são fenómenos diversificados dada a variabilidade das suas características em função do grupo social estudado. Podemos, então, concluir que a heterogeneidade das consequências da gravidez e da maternidade na adolescência parece ser determinada pelos diferentes sistemas (ecossistemas) que contêm a adolescente e que interagem com as suas

características. De facto, acreditamos que estas realidades devem ser contextualizadas, estudando-se a sua relação com outros aspectos dos diferentes cenários onde a adolescente e o seu filho actuam e se desenvolvem.

A necessidade de uma perspectiva ecológica na abordagem desta problemática, liga-se com a intervenção e implementação de serviços e programas para a Mãe Adolescente e para a criança. Tais programas devem pois incluir serviços educacionais, formação vocacional, educação parental, educação para a saúde e planeamento familiar, promovendo-se assim, simultaneamente, serviços de cuidados e de educação para a criança, envolvendo a família como um todo.

Por fim, e como primeira prioridade, é necessário reunir esforços para ajudar os adolescentes a evitarem uma gravidez não desejada, desenvolvendo programas baseados no conhecimento do desenvolvimento do adolescente e da realidade social onde se insere e de onde provem. Intervenções isoladas na família, na escola e no Centro de Saúde têm apenas efeitos pontuais mas não contribuem de forma eficaz para a prevenção da gravidez precoce não desejada.

As mudanças no comportamento sexual na adolescência serão visíveis também, quando as políticas sociais, económicas e familiares contemplarem uma óptica de prevenção primária. Só assim poderão ser estabelecidas medidas e estratégias que envolvam os diferentes sistemas onde o adolescente está inserido e que, de forma articulada e em colaboração, realizem uma avaliação global dos factores que poderão vir a influenciar os adolescentes a nível individual, de grupo, da família e da comunidade. O envolvimento de diferentes profissionais, dos pais e da comunidade é necessário para o desenvolvimento de maiores expectativas académicas e profissionais e para um correcto planeamento familiar. Além disso, mesmo quando a gravidez é planeada, importa considerar os diversos factores referidos, para se conseguir uma maternidade saudável e um ambiente educativo promotor do desenvolvimento e da socialização adequados às crianças.

Vale a pena reflectir também, acerca do facto das variáveis individuais, familiares e sociais estudadas, na gravidez e na maternidade se situarem, neste estudo, de acordo com a perspectiva ecológica (Bronfenbrenner, 1979), sobretudo a nível do microsistema

e do mesossistema, talvez por estes conterem a pessoa em desenvolvimento e por conseguinte serem de mais fácil acesso numa investigação deste tipo. Para uma verdadeira abordagem ecológica da gravidez na adolescência, ter-se-ia de estudar as variáveis que aos diferentes níveis do sistema, mais influenciam os resultados finais. Não podemos deixar de referir que um tal estudo passaria inevitavelmente, pelas opiniões dos diferentes intervenientes acerca das ideias que eles possuem sobre esta problemática.

CONCLUSÕES

Embora com um grau de generalização limitado o nosso estudo permite-nos concluir que:

- A ocorrência de gravidez na adolescência é condicionada por variáveis de ordem individual, familiar e social que actuam nos diferentes ecossistemas onde a adolescente está inserida e se desenvolve.
- As variáveis actuam isoladamente ou combinadas entre si podendo influenciar a ocorrência de gravidez.
- As variáveis individuais, precocidade do desenvolvimento pubertário, início precoce da vida sexual e baixo nível académico, parecem influenciar a ocorrência de gravidez na adolescência.
- As variáveis familiares, baixo nível académico dos pais, em particular da mãe da adolescente, maior número de irmãos e posição mais elevada na fratria, parecem influenciar a ocorrência de gravidez na adolescência.
- As variáveis sociais, baixo estatuto sócio-económico da família, profissões pouco diferenciadas dos pais, más condições da habitação, elevado número de coabitantes, abandono escolar e desconhecimento de contracepção e do planeamento familiar, parecem influenciar a ocorrência de gravidez na adolescência.
- A gravidez precoce das mães das adolescentes não parece ter sido factor determinante da ocorrência de gravidez nas filhas adolescentes.
- Perante a descoberta da gravidez, a adolescente esconde-a inicialmente da família, levando-a a procurar tardiamente a assistência e vigilância médica pré-natal.
- O conhecimento da gravidez é aceite pela família, apesar de inicialmente ser sentida com desapontamento e desgosto.
- A adolescente grávida decide geralmente levar a gravidez a termo.
- A família da adolescente é, sem dúvida, o principal recurso de apoio emocional e material na gravidez e na maternidade, destacando-se sobretudo a figura da mãe e do companheiro.
- Ocorrem mudanças na vida da adolescente com a gravidez e a maternidade, designadamente a nível familiar, educacional e profissional.

- A grande maioria das mães adolescentes gostaria de terminar a escolaridade, mas não dispõe de meios e de recursos para o conseguir.
- A mãe adolescente tem actividade profissional pouco diferenciada e na maioria dos casos com fracos benefícios sociais.
- A mãe ou sogra da adolescente e as amas da vizinhança são as prestadoras de cuidados ao seu filho.
- As maiores dificuldades expressas pelas mães adolescentes são as de natureza económica e habitacional.
- A mãe adolescente considera estar preparada e habilitada para educar o seu filho.
- As circunstâncias sociais e económicas deste grupo de adolescentes agravam-se depois do nascimento do filho.
- O início da vida sexual, o estado civil, as habilitações literárias da adolescente e dos seus pais, o tipo e as condições de habitação, o nível sócio-económico e a informação sobre o planeamento familiar, parecem estar relacionados com a gravidez.
- As mães adolescentes eram sexualmente activas em média a partir dos 16 anos de idade; só um pequeno grupo de adolescentes é sexualmente activa, em média a partir da mesma idade.
- Existe variabilidade conjugal no grupo de mães adolescentes, antes e depois da gravidez; as adolescentes são na totalidade solteiras.
- As mães adolescentes completaram menos anos de escolaridade, tendo como habilitação académica média, o 2º ciclo do ensino básico.
- A família da grávida e da mãe adolescente tem menos recursos económicos, nível inferior de escolaridade, actividades profissionais pouco diferenciadas, o que parece estar relacionado com habitação de tipo social e habitação mais degradada para um maior índice de coabitantes.
- As adolescentes estão melhor informadas relativamente aos métodos de contracepção e às consultas de planeamento familiar.
- As mães adolescentes distinguem-se ainda das adolescentes, da mesma idade, nas seguintes variáveis psicológicas: menor atribuição de responsabilidade pessoal em face de circunstâncias com sequências negativas, maior valorização do "Comportamento"

pessoal e do impacto social correspondente, maior ansiedade e somatização, não se distinguindo no locus de controlo e no auto-conceito.

- Na perspectiva ecológica da gravidez e da maternidade deste grupo de adolescentes parece existir uma interrelação entre os diversos níveis de sistema resultante da confluência de factores do microsistema, do mesossistema, do exossistema e do macrosistema.

Podemos ainda concluir, a nível da organização de serviços para os adolescentes que:

- O planeamento familiar deve ser gratuito e envolver outros microsistemas, tais como a escola, a família e o grupo de pares.
- É necessário que os adolescentes antecipem o planeamento da actividade sexual e, deste modo, utilizem correctamente os métodos de contracepção.
- É necessário que os adolescentes estabeleçam uma relação de confiança com o técnico de planeamento familiar de modo a ultrapassarem o receio da inconfidencialidade.

O valor relativo destas conclusões resulta da dimensão da nossa amostra e da circunstância de ser um estudo localizado geograficamente. Parece-nos, no entanto, que as observações feitas e os resultados obtidos são indicadores de que este trabalho deveria ser continuado, alargando-se quer no tempo de análise, quer na amplitude geográfica. Neste contexto, tornar-se-ia possível também estudar a problemática relacionada com a criança, filha de adolescentes, que por viverem em condições semelhantes às que foram por nós estudadas podem estar em risco de desenvolvimento.

Pelas conclusões e pelos dados dos estudos mencionados, ao longo desta pesquisa, consideramos também ser necessário implementar políticas familiares e estabelecer redes sociais de apoio e de suporte, sem nunca esquecer a especificidade das regiões, dos grupos e dos indivíduos e, criar assim mecanismos de incentivo educativo, económico e de saúde para prevenir o aumento da incidência e da prevalência de gravidez na adolescência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹*Abernathy, V. (1974). Illegitimate conception among teenagers. American Journal of Public Health , 64, 662-665.
- Ahn, N. (1994). Teenage childbearing and high school completion: accounting for individual heterogeneity. Family Planning Perspectives , 26(1), 17-21.
- *Abernathy, T., Robinson, I., Balswick, J. & King, K. (1979). A comparison of the sexual attitudes and behavior of rural, suburban and urban adolescents. Adolescence , 14, 289-295.
- Almeida, J. M. R. (1986). Adolescence and motherhood. In J. Gomes Pedro (Eds.), Biopsychology of Early Parent-Infant Communication Chap. VII (pp. 75-92). Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.
- Almeida, J.M.R. (1992). Adolescência e Maternidade. Lisboa. (Eds.) Fundação Calouste Gulbenkian.
- *Altmeier, W., O'Connor, S., Vietze, H., Sandler, H. & Sherrod, K. (1984). Prediction of child abuse: A perspective study of feasibility. Child Abuse and Neglect , 21, 393-400.
- Aroso, A.M. et al. (1990). Gravidez e parto na adolescência. O Médico , 23(1990), 128-134.
- Azevedo, A., Machado A. & Barros, H. (1997). Prevalência do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas, café e drogas de abuso em adolescentes do Porto. Arquivos de Medicina , 11(3), 133-135.
- *Babsin, S.C. & Clark, M.G. (1983). Relationships between infant death and maternal age. Journal of Pediatrics , 103, 391-393.
- *Bachrach, C.A. & Mosher, W. (1984). Use of contraception in the United States, 1982. Advance Data from Vital and Health Statistics, 102.
- Bailey, D.B., Wolery, M. (1992). An Ecological Framework for Early Intervention. In. Teaching infants and preschoolers with disabilities Chap.3 (pp., 63-94.) New York. Maxwell Macmillan International.

¹ Os textos assinalados com * não foram consultados directamente.

- Bairrão, J. et al. (1979). Contribuição ao estudo da etiologia da debilidade mental. Cadernos do COOMP, 4, 23-92.
- Bairrão, J. (1992). A perspectiva ecológica em psicologia da educação. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Lição de Agregação em Psicologia. Policopiado.
- *Baker, S.A., Thalberg, S.P. & Morrison, D.M. (1988). Parents' behavioral norms as predictors of adolescent sexual activity and contraceptive use. Adolescence, 23, 265-282.
- *Bane, M.J. & Ellwood, D. (1983). The dynamics of dependence: The routes of self-sufficiency. Report prepared for the Assistant Secretary for Planning and Evaluation. Department of Health and Human Services. Cambridge, MA: Harvard University.
- Baptista, I., Perista, H. & Reis, A.L. (1995). A pobreza no Porto: representações sociais e práticas institucionais. Revista Sociologia. Problemas e práticas, 15, 35-60.
- Barnett, J.K., Papini, D.R. & Gbur, E. (1991). Familial correlates of sexually active pregnant and nonpregnant adolescents. Adolescence, 26, 102, 457-472.
- Barros, A.M., Barros, A.H. & Neto, F. (1989). Adaptação da escala de locus de controlo de Rotter. In Psicologia e Educação - Investigação e Intervenção. (pp. 337-350). Porto: A.P.P.
- Barros, A.M., Neto, F. & Barros, J.H. (1992). Avaliação do locus de controlo e do locus de causalidade em crianças e adolescentes. Revista Portuguesa de Educação, 5(1), 55-64.
- Barros, J.A., Barros, A.H. & Neto, F. (1993). Psicologia do Controlo Pessoal. Aplicações Educacionais, clínicas e sociais. Braga: Instituto de Educação, Universidade do Minho.
- *Bayatpour, M., Wells, R.D. & Holdford, S. (1992). Physical and sexual abuse as predictors of substance use and suicide among pregnant teenagers. Journal of Adolescent Health, 13, 128-132.
- *Benedict, R. (1938). Continuities and discontinuities in cultural conditioning. Psychiatry, 2, 161-167.
- *Benn, R. & Saltz, E. (1989). The effects of grandmother support on teen parenting and infant attachment patterns within the family. Paper presented at the meeting of the Society for Research in Child Development, Kansas City, MO.

- Benn, R. (1993). Conceptualizing Eligibility for Early Intervention Services. In D.M. Bryant, M.A. Graham (Eds.), Implementing Early Intervention. From Research to Effective Practice (pp.18-39). New York. The Guilford Press.
- Bernardi, R., Schwartzman, L., Canetti, A., Cerutti, A., Trenchi, N., Rosenberg, S. (1992). Adolescent Maternity: A Risk Factor in Poverty Situations? Infant Mental Health Journal , 3, 211-218.
- *Billy, J., Rodgers, J.L. & Udry, J.R. (1984). Adolescent sexual behavior and friendship choice. Social Forces, 6, 653-678.
- *Billy, J. & Udry, J.R. (1985). The influence of male and female best friends on adolescent sexual behavior. Adolescence, 20, 21-32.
- Blinn-Pike, L.M., Stenberg, L. & Thompson, C. (1994). Intraindividual variation among pregnant adolescents: a pilot study and conceptual discussion. Adolescence , 29, 113, 163-182.
- *Blumenthal, S.J. & Kupfer, D. (1988). Overview of early detection and treatment strategies for suicidal behavior in young people. Journal of Youth and Adolescence , 17, 1-23.
- *Bolton, F.G. (1980). The pregnant adolescent: Problems of premature parenthood. Beverly Hills, CA: Sage.
- *Bolton, F., Laner, R. & Kane S. (1980). Child maltreatment risk among adolescent mothers: A study of reported cases. American Journal of Orthopsychiatry, 50, 489-504.
- *Bowen, L., Johnson, E.S., Wulczyn, F., Stagner, M. & Richman, H. (1985). Teenage pregnancy and public policy: An exploratory study of the relationship between adolescent pregnancy and AFDC (Unpublished report to the Joyce Foundation). Chicago. Chapin Hall, University of Chicago.
- *Bowerman et al. (1966). Unwed Motherhood-Personal and social Consequences. Chapel Hill. NC: University of North Caroline, Institute for Research in the Social Sciences.
- *Braselton, T.B. (1973). Neonatal Behavioral Assessment Scale - London: Spastics International Medical Publications, Philadelphia Lippincott J.B.
- *Braucht, G.N., Brakarsh, D., Follingstad, D. & Berry, K.L. (1973). Deviant drug use in Adolescence: A review of psychosocial correlates. Psychological Bulletin , 70, 92-106.

- Brazzell, J.F. & Acock, A. C. (1988). Influences of attitudes, significant others and aspiration on how adolescents intend to resolve a premarital pregnancy. Journal of Marriage and the Family, 50, 413-425.
- *Brewin, C. (1981). Attributional processes and responses to adversity. Tese de Ph.D. University of Sheffield.
- Brewin (1981). Escala de Locus de Controlo e Atribuição de Responsabilidades In Barros, J.A., Barros, A.H. & Neto, F. (1993). Psicologia do Controlo Pessoal. Aplicações Educacionais, clínicas e sociais (pp. 197). Braga: Instituto de Educação, Universidade do Minho.
- *Brim, O.G. (1975). Macro-structural influences on child development and the needs for childhood social indicators. American Journal of Orthopsychiatry, 45, 516-524.
- *Broman, S.H. (1981). Long-term development of children born to teenagers. In: K.G.-Scott, T. Field & E. Robertson (Eds.), Teenage parents and their offspring. New York: Grune & Stratton.
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development: Experiments by nature and design. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1981). L'Ecologie Expérimentale de L'Éducation. In A. Beaudot., A. Gonnin-Lafond, D. Zay. (Eds), Sociologie de L'École. Pour une Analyse de L'Établissement Scolaire (pp. 21-50). Paris. Dunod.
- Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological Systems Theory. Annals of Child Development, 6, 187-249.
- Bronfenbrenner, U. & Crouter, A.C. (1983). The evolution of environmental models in development research. In W. Kessen, (Eds). Handbook of Child Psychology. History, Theory and Methods Vol.1 (pp. 357-415). New York, John Wiley and Sons.
- *Brook, J.S., Whiteman, M. & Gordon, A.S. (1983). Stages of drug use in Adolescence: Personality, peer, and family correlates. Developmental Psychology, 19, 269-277.
- Brooks-Gunn, J., & Chase- Lansdale, L.P. (1995). Adolescent Parenthood. In M.H. Bornstein (Eds.), Handbook of parenting: Vol.3 (pp.113-150). Hillsdale, New York: Erlbaum.
- Brooks-Gunn, J., Duncan, G., Klebanov, P. & Sealand, N. (1993). Do neighborhoods influence child and adolescent development? American Journal of Sociology, 99 (2), 353-395.

- Brown, S., Mott, M. & Stewart, M. (1992). Adolescent Alcohol and drug abuse. In E. Walker, & Roberts (Eds.), Handbook of clinical child psychology Chap. 37 (pp. 677-693). A Wiley - Interscience Publication. John Wiley & Sons.
- Caetano, M. (1994). Comunicação apresentada no Encontro Internacional Maternidade Precoce - Que perguntas, que respostas? Paineis IV - Raparigas - Mãe da rua ou passaporte para. Fundação da Juventude, 65-69.
- Canavarro, M.C. (in press). Avaliação de sintomas psicopatológicos através do BSI: estudos da fiabilidade e validade do inventário. Provas psicológicas em Portugal.
- *Capuzzi, D. & Lecoq, L.L. (1983). Social and personal determinants of adolescent use and abuse of alcohol and marijuana. Personnel Guidance Journal , 62, 199-205.
- *Card, J.J. & Wise, L.L. (1978). Teenage mothers and teenage fathers: The impact of early childbearing on the parent's personal and professional lives. Family Planning Perspectives , 10, 199-205.
- Cervera, N. (1994). Family change during an unwed teenage pregnancy. Journal of Youth and Adolescence , 23 (1), 119-140.
- Chase-Lansdale, P.L., Brooks-Gunn, J. & Palkoff, R. (1991). Research and programs for adolescent mothers: missing links and future promises. Family Relations , 40, 396-403.
- *Cherlin, A. (1981). Marriage, divorce, remarriage. Cambridge, M.A.: University Press.
- *Chilman, C.S. (1980). Social and psychological research concerning adolescent childbearing: 1979-1980. Journal of Marriage and the Family , 42, 793-805.
- *Chilman, C. (1983). Adolescent sexuality in a changing society , (2nd Eds.). New York: Wiley.
- *Chilman (1985). Adolescent sexuality in a changing American society: Social and psychological perspectives for the human services professions. New York: John Wiley & Sons.
- Cidrais, J.C. et al. (1980). Recém-nascidos filhos de mulheres com menos de 20 anos de idade. Jornal do Médico , 126(2298), 160-162.
- *Cloninger, C.S., Sigvardsson, S. & Bohman, M. (1988). Childhood personality predicts alcohol abuse in young's adults. Alcoholism: Clinical and Experimental Research , 12, 494-505.

- Clark, S.D., Zabin, L. & Hardy, S. (1984). Sex, contraception and parenthood: experience and attitudes among urban black young men. Family Planning Perspectives , 16, 77-82.
- Colletta, N.D., Hadler, S. & Gregg, C.H. (1981). How adolescents cope with the problems of early motherhood. Adolescence , 16 (63), 499-512.
- Comissão Nacional de Saúde Infantil (1993). Lisboa. Ministério da Saúde.
- *Compas, B.E. (1987a). Coping with stress during childhood and Adolescence. Psychological Bulletin , 101, 393-403.
- Couto, J. (1995). Aldoar. Mediana - Guias das freguesias do Porto. Edições Afrontamento e Mediana S.A.
- *Cox, J.E. & Bithoney, W.G. (1995). Fathers of children born to adolescent mothers. Archives of Pediatric and Adolescence Medicine , 149, 962-966.
- *Creighton, S. (1985). Epidemiological study of abused children and their families in the United Kingdom between 1977 and 1982. Child Abuse and Neglect, 9, 441-448.
- *Culp, R., Culp, A., Osofsky, J., & Osofsky, H.(1989). Adolescent and older mothers: comparison of their interaction with their six-month-old infants. Paper presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development, Kansas City.
- *Cvetkovich, G. & Grote, B. (1976). Psychological factors associated adolescent premarital coitus. Paper presented at the National Institute of Child Health and Human Development. Bethesda, MD.
- *Cvetkovich, G., Grote, B., Liberman, E. & Miller, W. (1978). Sex role development and teenage fertility-related behavior. Adolescence, 13, 231-236.
- *Cvetkovich, G. & Grote, B. (1980). Psychological development and the social problem of teenage illegitimacy. In Adolescent Pregnancy and Childbearing (Eds.), Chilman, (pp. 15-41). Washington, D:C., U:S:
- *Cvetkovich, G. & Grote, B. (1981). Psychological maturity and teenage contraceptive use. An investigation of decision-making and communication skills. Population Environment , 4, 211-226.
- *Derogatis, L. (1982). BSI: Brief Symptom Inventory. Minneapolis, National Computers Systems.

- *Donovan, J. & Jessor, R. (1985). The structure of problem behavior in Adolescence and young adulthood. Journal of Consulting and Clinical Psychology , 53(6), 890-904.
- *Dornbusch, S., Carlsmith, J., Gross, R., Martin, J., Jennings, D., Rosenberg, A., Duke, P. (1981). Sexual development, age and dating: A comparison of biological and social influences upon one set of behaviors. Child Development, 52, 179-185.
- *Dornbusch, S., Carlsmith, J., Bushwall, S., Ritter, P., Leiderman, H., Hastorf, A., Gross, R. (1985). Single parents, extended households and the control of adolescents. Child Development, 56, 326-341.
- *Duncan, G. (1984). Years of poverty - years of plenty. Ann Arbor: Institute for Social Research University of Michigan Press.
- *Dunst, C. (1986c). A short form scale for measuring parental health and well-being. Unpublished manuscript, family, Infant and preschool program, Western Carolina Center, Morganton, NC.
- *Dunst, C. & Leet, H. (1987). Measuring the adequacy of resources in households with young children. Child: Care, Health and Development , 13, 111-125.
- Dunst, C., Trivette, C. & Deal, A. (1988). Enabling & Empowering Families. Principles & Guidelines for Practice. Brookline Books, Cambridge, MA.
- Dunst, C.J., Vance, S.D. & Cooper, C.S. (1986). A Social systems perspective of adolescent pregnancy: determinants of parent and parent-child behavior. Infant Mental Health Journal , 7(1), 34-48.
- Dunst, C., Leet, H, Vance, S.D. & Cooper, C.S. (1986). Resource Scale for Teenage Mothers. In C. Dunst, C. Trivette, & A. Deal (1988). Enabling & Empowering Families. Principles & Guidelines for practice. (pp. 148). Brookline Books, Cambridge, MA.
- East, P. & Felice, M. (1996). Adolescent pregnancy and parenting. Finding from a racially diverse sample. Lawrence Erlbaum Associates, Publishers Mahwah. New Jersey.
- *Easterlin, R. (1969). Towards a socioeconomic theory of fertility: A survey of recent research on economic factors: American fertility, In S. Bebmment L. Corsa & R. Feedman (Eds.) Fertility and family planning. Ann Arbor University of Michigan.

- *Easterlin, R. (1973). Relative economic status and the American fertility swing. In E. B. Sheldon (Eds.). Family and economic behavior. Philadelphia: Lippincott.
- *Eisen, M. et al. (1983). Factors discriminating pregnancy resolution decisions of unmarried adolescent. Genetic Psychology Monographs , 108, 69-95.
- *Eisterhold, M., Murphy, P., Beneke, W. & Scott, G. (1979). Multiple drug use among high school students. Psychological Reports , 44, 1099-1106.
- Elster, A.B., Lamb, M.E., Peters, L., Kahn, J. & Tavare, J. (1987). Judicial involvement and conduct problems of fathers of infants born to adolescent mothers. Pediatrics , 79, 230-234.
- *Epstein, A. (1980). Bulletin of the High Scope Foundation , 5.
- *Erikson, E. (1959). Identity and the life cycle. Psychological Issues , 1, 1-171.
- Estimativas da população Residente (1993). Instituto Nacional de Estatística.
- Estimativas da população Residente (1996). Instituto Nacional de Estatística.
- Farat, C. (1996). "Risco relacional" e consumo de drogas no início da adolescência. A complementaridade das Abordagens Clínica e Epidemiológica no Risco Aditivo. Tese de Doutoramento. ICBAS. Porto.
- Farber, N.B. (1991). The process of pregnancy resolution among adolescent mothers. Adolescence , 26(103), 697-716.
- *Fechter, A. & Greenfield, S. (1973). Welfare and illegitimacy: An economic model and some preliminary- results (Working Paper),(pp. 963-1037). Washington, DC.
- Ferreira, M.M. (1996). O internamento na adolescência. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. ICBAS. Porto.
- Field,T., Widmayer, S., Greenberg, R., Stoller, S. (1985). Home and Center-Based Intervention for Teenage Mothers and Their Offspring. In S. Harel and N. Anastasiow (Eds.), The At-Risk Infant, Psycho/Social/Medical Aspects Chap. 4 (pp. 29-39). Baltimore, Paul Brookes.
- *Figley, C. & McCubbin, H. (1983). Stress and the family (II): Coping with catastrophe. New York: Brunner / Mazel.

- Finkel, M. & Finkel, D. (1975). Sexual and the contraceptive knowledge, attitudes and behaviors of males adolescents. Family Planning Perspectives , 7, 256-260.
- *Fisher, T.(1989). Family sexual communication and adolescent sexual behavior. Journal of Marriage and the Family, 51, 637-639.
- *Fleming, M., Maia, A.C., Sousa, A. (1992). Adolescência e perturbações do comportamento: a passagem ao acto sob a forma de “roubo” e “destruição”. Revista de Psicologia e de Ciências da Educação, 3/4, 76-80.
- *Forste, R. & Heaton, T. (1988). Initiation of sexual activity among female adolescents. Youth and Society, 19, 250-268.
- Fox, G. & Inazu, J.K. (1980). Patterns and outcomes of mother-daughter communications about sexuality. Journal Social Issues , 36, 7-29.
- *Fraiberg, S. (1983). The adolescent mother and her infant. Adolescent Psychiatry , 10, 7-23.
- Franklin, D.L. (1988). Race, class and Adolescent pregnancy: An ecological analysis. American Journal of Orthopsychiatry , 58 (3), 339-354.
- Freire, A. (1954). Platão, aspectos da sua filosofia. Estudos publicadas pela Faculdade de Filosofia de Braga. Livraria Cruz.
- *Furstenberg, F. & Crawford, A. (1978). Family Support: Helping teenage mothers to cope. Family Planning Perspectives , 10, 322-333.
- *Furstenberg, F. (1980). Burdens and benefits: The impact of early childbearing on the family. Journal of Social Issues , 1, 64-87.
- *Furstenberg et al. (1987). Adolescent mother in later life. New York: Cambridge, University Press.
- Furstenberg, F. (1976). The social consequences of teenage parenthood. Family Planning Perspectives , 8 (4), 148-164.
- Furstenberg, F (1992). Teenage childbearing and cultural rationality: A thesis in search of Evidence. Family Relations , 41, 239-243.
- Garbarino, J. (1985). Adolescent development. An Ecological perspective. Published by Charles E. Merrill. Bell & Howell Company, Columbus, Ohio.

- Garbarino, J. & Abramowitz, R.H. (1992). The ecology of human development. In J.K Whittaker (Eds.), Children and families in the social environment: Chap. 2 (pp. 11-33). Aldine de Gryter. New York.
- Garbarino, J. & Abramowitz, R.H. (1992). Sociocultural risk and opportunity. In J.K Whittaker (Eds.), Children and families in the social environment Chap. 3 (pp. 35-70). Aldine de Gryter. New York.
- Garbarino, J., Abramowitz, R.H., Benn, J.L., Gaboury, M.T., Galambos, N.L., Garbarini, A.C., Kostelny, K., Long, F.N. & Plantz, M.C. (1992). Children and families in the social environment. Aldine de Gryter. New York.
- Garbarino, J., & Benn, J.L. (1992). The ecology of childbearing and child rearing. In J.K Whittaker (Eds.), Children and families in the social environment: Chap. 6 (pp. 133-177). Aldine de Gryter. New York.
- Garbarino, J., Galambos, N.L., Plantz, M.C. & Kostelny, K. (1992). The territory of childhood. In J.K Whittaker (Eds.), Children and families in the social environment: Chap. 8 (pp. 201-229). Aldine de Gryter. New York.
- Garcia-Coll, C.T., Hoffman, J., Van Houten, L.J. & Oh, W. (1987). The social context of teenage childbearing: Effects on infant's caregiving environment. Journal of Youth and Adolescence , 16 (4), 345-360.
- *Gesell, A. et al. (1959). L' Adolescente de dix à seize ans., trad.fr., Paris, Presses Universitaires de France.
- Gill, J.A. et al. (1989). O recém-nascido de Mãe adolescente. Momento Obstétrico Ginecológico , Ano 7, 60, 155-157.
- *Goldfarb et al. (1977). An attempt to detect pregnancy susceptibility in indigent adolescent girls. Journal of Youth and Adolescence , 6, 127-144.
- Gordon, C. (1996). Adolescent decision making: A broadly based theory and its application to the prevention of early pregnancy. Adolescence , 31(123), 561-584.
- *Gottschalk, L., Titchener, J. & Piker, H. (1964). Psychosocial factors associated with pregnancy in adolescent girls: A preliminary report. Journal of Nervous and Mental Diseases, 138, 524-534.

- *Gregory, W. (1978). Locus of control for positive and negative outcomes. Journal of Personality and Social Psychology , 36, 840-849.
- *Greydanus, D. (1986). Depression in Adolescence. Journal of Adolescent Healthcare , 7, 109S-120S.
- Guimarães, R.C. & Cabral, J.A.S. (1997). Estatística. McGraw Hill.
- *Hall, S. (1904). Adolescence: Its psychology and its relations to Physiology, Anthropology, Sociology, Sex, Crime, Religion and Education. New York. Appleton.
- *Hall, S. (1904). Adolescence , New York, Appleton.
- Hann, D., Osofsky, J. & Culp, A. (1996). Relating the adolescent mother-child relationship to preschool outcomes. Infant Mental Health Journal , 17 (4), 302-309.
- Hanson, R.A. (1990). Initial parenting attitudes of pregnant adolescents and a comparison with the decision about adoption. Adolescence , 25 (99), 629-643.
- Hardy, J.B., Welcher, D.W. & Standly, J.(1987). Long-range outcome of adolescent pregnancy. Clinical Obstetrics and Gynecology , 21, 1215-1232.
- Harper, J & Marshall, E. (1991). Adolescents problems and their relationship to self-esteem. Adolescence , 26(4), 799-808.
- *Harris, L. (1986). American Teens Speak: Sex, Myths, TV, and Birth Control. New York. Louise Harris and Associates.
- *Harter, S. (1985). Manual for the self-perceptions Profile for Children. Denver: University of Denver.
- Harter, S. (1988). Manual for the Self-Perception Profile for Adolescents. Denver: University of Denver.
- Hauser, S. & Bowlds, M. (1993). Stress, coping, and adaptation. In S. Feldman, Elliott (Eds.), At the threshold. The developing adolescent: Chap. 15 (pp. 388-413). Harvard University Press.
- *Hayes, L. (1987). Risking the future: Adolescence sexuality, pregnancy and childbearing. Washington, DC: National Academy Press, 1.

- Hayward, M.D., Grady, W.R. & Billy, J.O. (1992). The influence of socioeconomic status on adolescent pregnancy. Social Science Quarterly , 73(4), 750-775.
- *Hechtman, L. (1989). Teenage mothers and their children: Risks and problems: a review. Canadian Journal of Psychiatry , 34, 569-575.
- Held, L. (1981). Self-esteem and social network of the young pregnant teenager. Adolescence , 16(64), 905-912.
- Hendricks, L.E. & Fullilove, R.E. (1983). Locus of control and the use of contraception among unmarried black adolescent fathers and their controls: A preliminary report. Journal of Youth and Adolescence , 12(3), 225-233.
- *Hetherington et al. (1989). Marital Transitions: A child's perspective. American Psychologist , 44, 303-312-
- *Hill, M.S. (1984). Some dynamics aspects of poverty. In M. Hill (Eds.) Five thousand American families: Patterns of economic progress. Ann Arbor: Institute for Social Research. University of Michigan Press.
- História da filosofia, (1974-1978): Châtelet (Dir.). Publicações D. Quixote.1, A filosofia pagã , 4, O iluminismo.
- *Hofferth, S.L. (1987a). Contraception decision-making among Adolescence. In S.L. Hofferth & C.D. Hayes (Eds.), Risking the future. Adolescent sexuality, pregnancy, and childbearing: Vol. 2 (pp. 66-77) Washington, DC, National Academy Press.
- *Hofferth, S.L. (1987b). Teenage pregnancy and its resolution. In S.L. Hofferth & C.D. Hayes (Eds.), Risking the future. Adolescent sexuality, pregnancy, and childbearing: Vol. 2 (pp. 78-92). Washington, DC, National Academy Press.
- Hogan, D. & Kitagawa, E. (1985). The impact of social status, family structure and neighborhood on the fertility of black adolescents. American Journal of Sociology , 90, 825-847.
- *Holden, J., Brown, S. & Mott, M. (1988). Social support network of adolescents: relations to family alcohol abuse. American Journal of Drug and Alcohol abuse , 14, 487-498.
- Huerta-Franco, R., Léon, J.D. & Malacara, J.L. (1996). Knowledge and attitudes towards sexuality adolescents and their association with the family and other factors. Adolescence , 31(121), 179-191.

- *Hundleby, J. & Mercer, G. (1987). Family and friends as social environment and their relationship to young adolescents youth of alcohol, tobacco and marijuana. Journal of Marriage and Family , 49, 151-164.
- Estatísticas, Censos 1991.
- *Ickes, W. & Layden, M. (1978). Attributional styles. In J. Harvey, W. Ickes & R. Kidd (Eds.), New directions in attribution research, Vol.2. Hillsdale, N.J.: Erlbaun.
- Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas de Saúde, 1995.
- Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas Demográficas, 1996.
- Instituto Nacional de Estatística. Inquérito à população residente no Conselho do Porto (1996).- artigo n.,o publicado.
- *Jacobson, C.K., Heaton, T.B. & Taylor, K.M. (1988). Childlessness among American woman. Social Biology , 35, 186-197.
- *Johnston, L., O' Malley, P. & Eveland, L. (1978). Drug and delinquency: a search for casual connection. In D.B. Kandel (Eds.), Longitudinal research on drug use: empirical findings and the methodological issues (pp. 137-156). Washington DC: Hemisphere-Wiley.
- *Jones, E.F. & Forrest, J.D. (1989). Contraceptive failure in the United States: Revised estimates from the 1982. National Survey of Family Growth. Family Planning Perspectives, 17, 53-63.
- *Jorgensen, S., King, S. & Torry, B. (1981). Dyadic and social network influences on adolescent exposure to pregnancy risk. Journal of Marriage and the Family, 42, 141-155.
- *Kandel, D.B. (1978). Convergence's in prospective longitudinal surveys of drug use in normal populations. In D.B. Kandel (Eds.), Longitudinal research in drug use. Empirical findings and methodological issues. Washington, DC: Hemisphere-Wiley.
- *Kardiner, A. (1945). The psychological frontiers of society. Columbia University Press.
- *Kasarda, J., Bill, J. & West, R. (1986). Status enhancement and fertility: Reproductive responses to social mobility. Orland, FL.: Academic Press.
- *Keeve, J. (1965). Selected social, educational and medical characteristics of primiparus 12-16 years old girls. Pediatrics, 36, 394-401.

- *Ketterlinus, R. & Lamb, M.E. (1994). Adolescent Problem Behaviors. Issues and Research. New Jersey. Lawrence Erlbaum Associates.
- *King, T. & Fullard, W. (1982). Teenage mothers and their infants: New finding on home environment. Journal of Adolescence, 5, 333-346.
- Klein, H.A. & Cordell, A.S. (1987). The adolescent as mother: early risk identification. Journal of Youth and Adolescence , 16(1), 47-58.
- Klerman, L. (1994). The association between adolescent parenting and the childhood poverty. In Huston (Eds.), Children in poverty. Child development and public policy: Chap. 4 (pp. 79-104). Cambridge University Press.
- *Kogan et al. (1965). Changes in the self-concept of unwed mothers. The Journal of Psychology , 59, 3-10.
- *Lacasa, P. (1994). Aprender en la escuela, aprender en la calle. Madrid. Visor
- Lamb, M.E., Elster, A.B., Peters, L.J., Kahn, J.S. & Tavaré, J. (1986). Characteristics of married and unmarried adolescent mothers and their partners. Journal of Youth and Adolescence , 15,(6), 487-496.
- *Lamb et al. (1987). Strange situation behavior of infants with adolescent mothers. Infant Behavior and Development , 10, 39-48.
- Lamb, M.E. (1988). The Ecology of Adolescent Pregnancy and Parenthood. In Alan Pence (Eds.), Ecological Research with Children and Families (pp. 99-121). New York. Teachers College Press.
- Landy, S., Schubert, J., Cleland, J., Clark, C. & Montgomery, J. (1983). Teenage pregnancy: Family syndrome? Adolescence , 18(71), 679-694.
- Lee, S.H. & Grubbs, L.M. (1995). Pregnant teenager's reasons for seeking or delaying prenatal care. Clinic Nursery Research , 4(1), 38-49.
- *Lewis, O. (1966). La vida. New York. Random House.
- Liu, L.L., Slap, G.B., Kinsman, S.B. & Khalid, N. (1994). Pregnancy among American Indian adolescents: reactions and prenatal care. Journal of Adolescent Health , 15(4), 336-341.

- *London, K., Masher, W., Pratt, W. & Williams, L. (1989). Preliminary findings from the NSFG, Cycle IV. Paper presented at the annual meeting of the Population Association of American. Baltimore, MD.
- Lerenó, I., Gomes, C. & Faria, P. (1996). Mães adolescentes. Alguns aspectos da sua inserção social. In Revista de Epidemiologia, 1(1). Suplementos de Arquivos de Medicina. Revista de Ciência e Arte Médica, 10, Sup. 4., 9-4
- Lourenço, M. (1996). Textos e contextos da gravidez na adolescência. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Coimbra.
- Luker, K. (1996). Dubious conceptions. The Politics of Teenage Pregnancy. Harvard University Press.
- Maia et al. (1991). A gravidez, o aborto e a contracepção na adolescência. Planeamento Familiar, 50, 8-9.
- *Malinowski, B. (1939). La vie sexuelle des sauvages, trad. fr., Paris, Payot.
- *Malmquist, C., Kiresuk, T., Spano, R.. (1969). Personality characteristics of women with repeated illegitimacies-descriptive aspects. American Journal of Orthopsychiatry, 36, 476-484.
- *Marsiglio, W. (1987). Adolescent fathers in the United States: Their initial living arrangements, marital experience and educational outcomes. Family Planning Perspective, 19, 245-251.
- *Marsiglio, W. & Menaghan, E. (1990). Pregnancy resolution and family formation. Understanding gender differences in adolescents' preferences and beliefs. Special Issue: Adolescent sexuality, contraception, and childbearing. Journal of Family Issues, 11 (2), 313-333.
- McCullough, M. & Scherman, A. (1991). Adolescent pregnancy: contributing factors and strategies for prevention. Adolescence, 26(104), 809-816.
- McLanahan, S.S., Astone, N.M. & Marks, N.F. (1994). The role of mother-only families in reproducing poverty. In Huston (Eds.), Children in poverty. Child development and public policy. Cambridge University press, Chap. 3, 51-78.
- *McLaughlin, S., Manninen, D., Wingers, L. (1988). Do adolescents who relinquish their children fare better or worse than those who raise them? Family Planning Perspectives, 20, 25-32.

- *Mead, M. (1929). Coming age in Samoa. New York, Mentor.
- Mead, M. (1943). Growing up in New Guinea. Penguin.
- *Mercer, R.T. (1986). The relationship of developmental variables to maternal behavior. Research in Nursing & Health , 12, 313-315.
- *Miller, S. (1984). The relationship between adolescent childbearing and child maltreatment. Child Welfare, 63, 553-557.
- *Miller, B. & Bingham, C. (1989). Family configuration in relation to the sexual behavior of female adolescents. Journal of Marriage and the Family, 51, 499-506.
- *Miller, B. & Jorgensen, S. (1988). Adolescent fertility- related behavior and its family linkages. In D. Klein & J. Aldous (Eds.), Social Stress and Family Development. New York: Guilford Pres.
- Miller, B. C. & Moore, K.A. (1990). Adolescent sexual behavior, pregnancy and parenting: research through the 1980s. Journal of Marriage and the Family, 52 (4), 1025-1044.
- *Miller, B. & Olson, T. (1988). Sexual attitudes and behavior of high school students in relation to background and contextual factors. Journal of Sex Research, 24, 194-200.
- *Miller, B, Dyk, P. & Norton, N. (1990). Parental values, parent-child communications and adolescent sexual behavior. Under review.
- Millstein & Litt (1993). Adolescent Health. In S. Feldman, Elliott (Eds.), At the threshold. The developing adolescent. Harvard University Press. Chap. 17, 431-456.
- *Moore, K. & Caldwell, S. (1977). The effect of government policies on out-of-wedlock sex and pregnancy. Family Planning Perspectives , 9(4), 164-169.
- *Moore, K. et al. (1986). Choice and circumstance. Racial differences in adolescent sexuality and fertility. New Brunswick, NJ: Transaction Books.
- *Moore et al. (1981). Teenage and childrearing: Consequences for women, families, and government welfare expenditures. In K. Scott, T. Field & E. Robertson (Eds.), Teenage parents and their offspring (pp. 35-54) New York: Grune & Stratton.
- Moore, K.A., Nord, C.W. & Peterson, J.L. (1989). Nonvoluntary sexual activity among adolescents. Family Planning Perspectives , 21 (3), 110-114.

- *Mosher, W. & Horn, M. (1989). First family planning visits by young women. Family Planning Perspectives, 21, 33-40.
- *Mott, F.L. & Haurin, R.J. (1988). The interrelatedness of age of first intercourse, early childbearing, alcohol and drug-use among American women. Population Association of America. Chicago
- Moucho, M. (1994). Comunicação apresentada no Encontro Internacional Maternidade Precoce - Que perguntas, que respostas? Painel II - A adolescente grávida / mãe na família há lugar?. Fundação da Juventude, 40-45.
- Murry, V.M. (1992). Incidence of first pregnancy among black adolescent females over three decades. Youth & Society , 23(4), 478-506.
- Murry, V.M. (1995). An ecological analysis of pregnancy resolution decisions among African American and Hispanic adolescent females. Youth & Society , 26(3), 325-350.
- Musick, J. (1993). Young, poor and pregnant. The psychology of teenage motherhood. Yale University Press.
- *Nakashima, I.I. & Camp, B.W. (1984). Fathers of infants born to adolescent mothers: A study of paternal characteristics. American Journal of Diseases of Children , 138, 452-454.
- *Needle, R.H., Glynn, T.J. & Needle, M.A. (1983). Drug abuse: Adolescent addictions and the family. In R. Figley & H.I. McCubbin (Eds.), Stress and the family (pp. 37-52). New York: Brunner/Mazel.
- Neto, F., Barros, A. M. & Barros, J.H. (1990). Atribuição de responsabilidade e locus de controle. Psiquiatria Clínica , 11,(1), 47-54.
- Newcomer, S.F. & Udry, J.R. (1987). Parental marital status effects on adolescent sexual behavior. Journal of Marriage and the Family , 49, 235-240.
- *Newcomer, S., Gilbert, M. & Udry, J. (1980). Perceived and actual same sex peer behavior as determinant of adolescent sexual behavior. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association.
- *Newcomer, S & Udry, J. (1984). Mothers' influence on the sexual behavior of their teenage children. Journal of Marriage and the Family, 46, 477-485.

- *Nissen, G. (1983). Depression in Adolescence. Clinical features and development aspects. In H. Golomberg & B. Garfinkel (Eds.), The adolescent and mood disturbance (pp. 167-178). New York: International Universities Press.
- Olsen, J.A., Jensen, L. & Greaves, P.M. (1991). Adolescent sexuality and public policy. Adolescence, 26(102), 419-429.
- Organisation Mondiale de la Santé (1965). Les problèmes de Santé de l'Adolescence. Série de Rapports Techniques, 308, Rapport d'un Comité d'experts de l'O.M.S. Genève.
- *Osofsky et al. (1988). Affective exchanges between high risk mothers and infants. International Journal of Psychoanalysis, 69, 221-231.
- *Osofsky et al. (1993). Adolescent parenthood: Risks and opportunities for parents and infants. In C.H. Zeanah Jr. (Eds.), Handbook of infant mental health. New York: Guilford
- Oyserman, D., Radin, N., Benn, R. (1993). Dynamics in a Three-Generational Family: Teens, Grandparents, and Babies. Developmental Psychology, 29(3), 564-572.
- *Pannetier (1901). La gravida - Puerpéralité chez la primipare de moins de quinze ans. In Gernez e Duwat (1974). Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique, 12, 695-704.
- Patten, M.A. (1981). Self concept and self esteem: factors in adolescent pregnancy. Adolescence, 16(64), 765-778.
- Pedro, G. J., Lacerda, N., Lobo-Fernandes, M., Gouveia, R., Silva, M. O. (1986) - The behavior of the newborn infants of adolescent mothers. In J. Gomes Pedro (Eds.), Biopsychology of Early Parent-Infant Communication (pp. 99-104). Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.
- Peixoto, F., Martins, M.A., Mata, L. & Monteiro, V. (1996). Adaptação da escala de Auto-conceito para adolescentes de Susan Harter para a população portuguesa. In Leandro S. Almeida e col (Eds.), Avaliação Psicológica (Formas e contextos) (pp. 531-537). IV. Braga APPORT.
- Peixoto, F., Martins, M.A., Mata, L. & Monteiro, V. (sem data). Escala de Auto-conceito para adolescentes. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa. Policopiado
- Penedos, M.G. (1995). Ramalde. Mediana - Guias das freguesias do Porto. Edições Afrontamento e Mediana S.A.

- Pereira, G.M. (1995). Famílias Portuenses na viragem do século (1880-1910). Edições Afrontamento.
- Phillips, B. (1992). School Problems of adolescents. In E. Walker, & Roberts (Eds.), Handbook of clinical child psychology (pp. 643-660). A Wiley - Interscience publication. John Wiley & Sons.
- *Piaget, J. & Inhelder, B. (1955). De la logique de l'enfant à logique de l'adolescent. Paris, Presses Universitaires de France.
- Pirog-Good, M.A. (1995). The family background and attitudes of teen fathers. Youth & Society , 26(3), 351-376.
- *Placek, D. & Hendershot, G. (1974). Public welfare and the family planning: An empirical study of the broad sow myth. Social Problems, 21, 660-673.
- *Poland, S. (1989). Suicide intervention in the schools. New York: Guildford Press.
- Prater, L. (1995). Never married/biological teen mother headed household. In Hanson, Heims, Julian e Sussman (Eds.), Single Parent Families: Diversity, Myths and Realities. Marriage & Family Review. Hawarth Press. 20, Chap. 14(3/4), 305-323.
- *Pratt, W. (1990). Premarital sexual behavior multiple sexual partners and marital experiences. Paper presented at the annual meetings of the Population Association of America, Toronto.
- *Presser, H. & Salzberg, L. (1975). Public assistance and early family formation: Is there a pronatalist effect? Social Problems, 23, 236-241.
- *Resnick, M. (1984). Studying adolescent mothers' decision making about adoption and parenting. Social Work, 29, 5-10.
- *Resnick, M., Blum, R., Bose, J., Smith, M. & Toogoo, R. (1989). Characteristics of adolescents who parent or place for adoption. Under review.
- *Rindfuss, R. & St. John, C. (1983). Social determinants of age at first birth. Journal of Marriage and the Family, 45, 553-5565.
- *Rindfuss, R. & St. John, C. (1980). Education and fertility: Implications for the roles women occupy. American Sociological Review, 43, 431-447.

- Robbins, C., Kaplan, H.B., Martin, S.S. (1985). Antecedents of pregnancy among unmarried adolescents. Journal of Marriage and the Family, 47, 567-583.
- *Robins, L.N. (1986). The consequences of conduct disorder in girls. In D. Olwens, J. Block & M. Radkeyarrow (Eds.), Development of antisocial and prosocial behavior (pp. 385-414). Orlando: Academic Press.
- Robinson, R.B. & Frank, D.I. (1994). The relation between self-esteem, sexual activity, and pregnancy. Adolescence, 29(113), 27-35.
- Rodrigues, J.M. (1994). Droga-Meio Escolar. Pressupostos e Metodologia. Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga. Ministério da Justiça. Lisboa.
- Romig, C.A. & Bakken, L. (1990). Teens at risk for pregnancy: the role of ego development and family processes. Journal of Adolescence, 13, 195-199.
- *Roosa, M., Fitzgerald, H., & Carlson, N. (1982). Teenage parenting and child development: A literature review. Infant Mental Health Journal, 3, 4-18.
- *Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monograph, 80, 1-28
- Rotter (1966). Escala I-E de Rotter. In Barros, J.A., Barros, A.H. & Neto, F. (1993). Psicologia do Controlo Pessoal. Aplicações Educacionais, Clínicas e Sociais. (pp. 193-194). Braga: Instituto de Educação, Universidade do Minho.
- *Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In M.W. Kent & J.E. Rolf (Eds.), Primary prevention of psychopathology, social competence in children (pp. 49-74). Hanover, N.H.: University of New England.
- Sampaio, D. (1992). Ninguém morre sózinho. O adolescente e o suicídio. (3ª edição). Caminho. Coleção Universitária.
- *Schilmoeller, G. & Barnowski, M. (1985). Childrearing of firstborns by adolescent and older mothers. Adolescence, 20, 805-822.
- Scott-Jones, D. & Turner, S.L. (1990). The impact of Adolescence childbearing on educational attainment and income of black females. Youth & Society, 22(1), 35-53.

- *Segal, B., Huba, G.J. & Singer, J.L. (1980). Drugs, daydreaming, and personality: A study of college youth. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- *Shaffi, M., Carrigan, S., Whittinghill, J. & Derrick, A. (1985). Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents. American Journal of Psychiatry , 142, 1061-1064.
- Shapiro J.R. & Mangelsdorf, S. (1994). The determinants of parenting competence in adolescent mothers. Journal of Youth & Adolescence , 23(6) 621-641.
- Sheras, P. (1992). Depression and suicide in Adolescence. In E. Walker, & Roberts (Eds.), Handbook of clinical child psychology (pp. 585-606). A Wiley - Interscience publication. John Wiley & Sons.
- Silva, M.O. (1983). Mães adolescentes. Lisboa. Barca Nova.
- Silva, M.O. (1992). A gravidez na Adolescência. Relevância clínica da intervenção pré-natal. Tese de Doutorado , Lisboa.
- Silva, M.O., Cabral, H. & Zuckerman, B. (1993). Adolescent pregnancy in Portugal: effectiveness of continuity of care by an obstetrician. Obstetric & Gynecology , 81(1), 142-146.
- Simkins, L. (1984). Consequences of teenage pregnancy and motherhood. Adolescence , 19(73), 39-54.
- Smith, M.T. (1994). Adolescent Pregnancy. In R. J. Simeonsson (Eds.), Risk, Resilience and Prevention (pp. 125-149). Baltimore. Paul H. Brookes.
- Sonenstein, F.L., Pleck, J.J. & Ku, L. (1989). Sexual activity, condom use, and AIDS awareness among adolescent males. Family Planning Perspectives , 21 (4), 152-158.
- Spivack, F. (1955). At - Definite - Risk infants and their adolescent mother. In S. Harel and N. Anastasiow (Eds.), The At-Risk Infant, Psycho/Social/Medical Aspects. (pp. 105-112). Baltimore, Paul Brookes.
- *Spranger, E. (1928). Psychologie des Jundendalters. Leipzig.
- *Stern, E. (1931). Jugendpsychologie, Breslau.
- Stiffman, A.R., Earls, F., Robins, L.N., Jung, K. & Kulbock, P. (1987). Adolescent sexual activity and pregnancy: socioenvironmental problems, physical health and mental health. Journal of Youth and Adolescence , 16(5), 497-509.

- Stiffman, A.R., Powell, J., Earls, F., Robins, L. (1990). Pregnancies, childrearing, and mental health problems in adolescents. Youth & Society , 21(4), 483-495.
- Tavares, M. & Barros, H. (1996). Gravidez na adolescência em Portugal. In Revista de Epidemiologia, 1(1) Suplementos de Arquivos de Medicina. Revista de Ciência e Arte Médica , 10, Sup. 4., 3-8.
- *Testa, M. (1987). The social support of adolescent mothers. Pregnancy, school completion, and remaining in the parental home. Findings from the Adolescent Family Life Survey, Office of Adolescence Pregnancy Programs, US Dept. of Health and Human Services.
- Theriot, J.G., Pecoraro, A.G. & Ross - Reynolds, J. (1991). Revelations of adolescent mothers: an intensive case-study approach. Adolescence , 26(102), 349 - 360.
- Thormann, M. (1985). Attitudes of Adolescents toward Infants and Young Children. In S. Harel and N. Anastasiow (Eds.), The At-Risk Infant, Psycho/Social/Medical Aspects. (pp. 41-49) Baltimore, Paul Brookes.
- *Thornton, A. (1978). The relationship between fertility and income, relative income and subjective wellbeing. In J. L. S. (Eds.), Research in population economics. Greenwich. CT: Johnson Associates.
- Thornton, A. & Camburn, D. (1987). The influence of the family on premarital sexual attitudes and behavior. Demography , 24, 233-340.
- Tonna, D. (1993). L'adolescente enceinte. Expérience Genevoise. In Médecines et Hygiène (Eds.), L'Adolescente Enceinte (pp. 109-129). Actes du 6.º Colloque sur la relation précoce parents-enfants.
- Trent, K. (1994). Family context and adolescents' fertility expectations. Youth & Society , 26(1), 118-137.
- Udry, J.R. & Billy, J.O. (1987). Initiation of coitus in early Adolescence. American Sociological Review , 52(6), 841-855.
- *Udry, J., Talbert, L. & Morris, N. (1986). Biosocial foundations for adolescent female sexuality. Demography, 23, 217-230.
- *Veevers, J.E. (1980). Childless by choice. Toronto: Butterworths.
- Ventura, F. et al. (1991). Mães adolescentes. O Médico , 125(2041), 166-172.

- *Vernon, M., Green, J. & Frothingham, T. (1983). Teenage pregnancy: A perspective study of self-esteem and social demographic factors. Pediatrics, 72, 632-635.
- *Vinovskis, M. (1988). An "Epidemic" of adolescent pregnancy? Some historical considerations. Journal of Family History, 6, 205-230.
- *Weinstein, M. & Thornton, A. (1989). Mother-child relations and adolescent sexual attitudes and behavior. Demography, 26, 563-577.
- Whitman, T.L., Borkowski, J.G., Schellenbach, C.J. & Nath, P.S. (1987). Predicting and understanding developmental delay of children of adolescent mothers: A multidimensional approach. American Journal of Mental Deficiency, 92(1), 40-56.
- Xavier, M.R.L. & Paúl, M.C. (1996). Construção e validação de uma escala de atitudes sobre a gravidez e a maternidade. In Leandro S. Almeida e col (Eds.), Avaliação Psicológica (Formas e Contextos) Vol. IV (pp. 419-425). Braga APPORT.
- Xavier, M.R.L. & Paúl, M.C. (sem data). Escala de atitudes sobre a gravidez e maternidade- EAGM. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto. Policopiado
- Yamaguchi, K. & Kandell, D. (1987). Drug use and the other determinants of premarital pregnancy and its outcome: A dynamic analysis of competing life events. Journal of Marriage and the Family, 49, 257-270.
- *Young, L. (1954). Out of wedlock. New York. McGraw-Hill.
- *Zabin, L., Hirsch, M., Smith, E. & Hardy, J. (1984). Adolescent sexual attitudes and behavior: Are they consistent? Family Planning Perspectives, 16, 181-185.
- Zabin, L.S., Hirsch, M.B., Smith, E.A., Streett, R. & Hardy, J. (1986). Evaluation of a pregnancy prevention program for urban teenagers. Family Planning Perspectives, 18, 119-126.
- Zar, J.H. (1996). Biostatistical Analysis. Prentice Hall International Editions.
- Zazzo, B. (1972). Psychologie différentielle de l'Adolescence. Presses Universitaires de France.
- *Zeanah, C., Kineer, M., Anders, T., Viera- Baker, B. (1987). Adolescent mothers' perceptions of their infants before and after birth. American Journal of Orthopsychiatry, 57, 351-360.

- *Zelnik, M. & Kantner, J. (1980). Sexual activity, contraceptive use and pregnancy among metropolitan-area teenagers: 1971-1979. Family Planning Perspectives , 12(5), 230-237.
- *Zelnik, M., Kantner, J. & Ford, K. (1981). Sex and pregnancy in Adolescence. Sage. Beverly Hills, Calif.
- *Zongker, C.E. (1977). The self-concept of pregnant adolescent girls. Adolescence , 21, 477-488.
- Zuckerman, B. (1983). Neonatal outcomes - is adolescent pregnancy a risk factor? Pediatrics , 71, 489-493.
- Zuckerman, B. (1986). Adolescent Pregnancy and Parenthood: The search for mechanisms for poor infant outcomes. In J. Gomes-Pedro (Eds.), Biopsychology of Early Parent-Infant Communication: Chap. VI (pp. 69-74). Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.
- *Zuravin, S. (1988). Child maltreatment and teenage first births: A relationship mediated by chronic sociodemographic stress?. American Journal of Orthopsychiatry, 58, 91-102.

ANEXOS

ANEXO 1

Guião de entrevista (pré-estudo)

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Residência: _____

Data de nascimento: _____

Idade: _____

Estado civil: _____

Habilitações: _____

Situação profissional: _____

Data do parto (Mês): _____

Data da primeira consulta (Mês): _____

1- Quantas refeições faz por dia?

2- Onde é que vive? - casa própria; quarto; em casa de parentes/amigos.

3- O dinheiro que possui permite-lhe comprar os produtos indispensáveis? - alimentos; produtos de higiene; medicamentos; outros.

4- Tem o vestuário suficiente para si e para o(a) seu filho(a)?

5- A sua casa/quarto tem aquecimento?

6- O dinheiro que possui permite-lhe pagar as contas mensais?

7- Dispõe de cuidados médicos para si e para o(a) seu filho(a)? A que serviços normalmente recorre?

8- Durante o dia tem tempo, transporte e alguém que tome conta do(a) seu filho(a), para continuar os seus estudos?

9- Tem algum apoio ou subsídio (Seg. Social, outros)?

10- Que transporte utiliza para se deslocar?

11- Durante o dia tem tempo, transporte e alguém que tome conta do(a) seu filho(a), para manter o seu emprego?

12- O tempo que dorme e descansa, é-lhe suficiente?

13- A sua casa/quarto tem mobiliário?

14- Tem tempo para a sua vida pessoal?

15- Dispõe de tempo para estar com o(a) seu filho(a)?

16- Dispõe de tempo para estar com o seu namorado/companheiro?

17- Tem telefone ou acesso a telefone público perto de sua casa?

18- Tem conhecimentos sobre os métodos de controle de natalidade e de planeamento familiar?

19- Tem alguém (ama, parente) que cuide do(a) seu filho(a)?

20- Vive num meio seguro?

21- Tem acesso a cuidados dentários para si e para o(a) seu filho(a)?

22- Tem alguém com quem possa conversar/desabafar?

23- Tem tempo para estar com os seus amigos?

24- Considera que tem conhecimentos suficientes que lhe permitam cuidar de uma criança?

25- Tem tempo para cuidar de si e para se arranjar?

26- Tem brinquedos para o(a) seu filho(a)?

27- Tem dinheiro para comprar coisas para si?

28- Tem dinheiro para tempos livres?

29- O dinheiro que tem permite-lhe fazer alguma poupança?

30- Tem dinheiro para viajar ou para fazer férias?

ANEXO 2

Guião de entrevista (definitivo)

1. Dados de Identificação

Nome: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Residência: _____

Com quem vive: _____

Com quem vivia (antes da gravidez): _____

Estado Civil : _____ Quando alterou?: _____

Agregado familiar	Idade	Habilitações	Profissão	
			antes da gravidez	depois da gravidez
Pai				
Mãe				
Irmãos:				
Sogro				
Sogra				
Outros:				

Idade da Mãe (da adolescente) na 1ª gravidez: _____ anos

Estado civil da Mãe (da adolescente) na 1ª gravidez: _____

Problemáticas Familiares: _____

2. História escolar

Habilitações Académicas: _____

Último ano de escolaridade que frequentou:: _____ Idade: _____

Número de anos com insucesso escolar: _____

Se não estuda, porque deixou a escola: _____

3. História profissional

Situação Profissional: _____ Profissão : _____

Quando iniciou: _____ Porque começou a trabalhar: _____

Número de empregos : _____ Empregos anteriores: _____

Vencimento: _____

4. Vida sexual

Menarca: _____ anos Idade na primeira relação sexual: _____ anos

Conhece ou conhecia os métodos de contraceção: _____ Quem deu esta informação: _____

Fez consulta de Planeamento Familiar: _____

Utiliza ou utilizou algum método contraceptivo: _____ Qual: _____

Já esteve grávida: _____ Número de gravidezes: _____ Número de partos: _____

Tem ou teve namorado/companheiro: _____

Idade do Companheiro: _____ Habilitações: _____

Último ano de escolaridade que frequentou:: _____ Idade: _____

Situação Profissional: _____ Profissão : _____

Tempo de namoro: _____

5. Habitação

Se ocorreu gravidez, preencher os dados relativos ao momento antes da gravidez e os actuais

Antes da gravidez

Tipo de habitação: _____ (número de divisões, não contando com a casa de banho, arrumos e outras não habitáveis)

- .alugada ☐
- .cedida por outros ☐
- .própria ☐
- .outros ☐

Número de coabitantes: _____

- .parte de casa/casa rural/ quarto colectivo ☐
- .moradia rural ☐
- .quarto ☐
- .apartamento/andar ☐
- .vivenda ☐

Bairro Camarário (habitação social): _____

- A habitação tem:
- .cozinha ☐
 - .quarto de banho ☐
 - dentro ☐
 - fora ☐
 - .banheira/chuveiro ☐
 - sim ☐
 - não ☐

instalações existentes

- .sem água canalizada e sem esgoto ☐
- .sem água canalizada e com esgoto ☐
- .com água canalizada do poço e sem esgoto ☐

- .com água canalizada do poço e com esgoto ☐
- .com água canalizada da Câmara e sem esgoto ☐
- .com água canalizada da Câmara e com esgoto ☐
- .sem electricidade ☐
- .com electricidade do bairro ☐
- .com electricidade da E.D.P. ☐

Situação actual

Tipo de habitação: _____ (número de divisões, não contando com a casa de banho, arrumos e outras não habitáveis)

- .alugada ☐
- .cedida por outros ☐
- .própria ☐
- .outros ☐

Número de coabitantes: _____

- .parte de casa/casa rural/ quarto colectivo ☐
- .moradia rural ☐
- .quarto ☐
- .apartamento/andar ☐
- .vivenda ☐

Bairro Camarário (habitação social): _____

A habitação tem:

- | | | | |
|--------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| .cozinha | <input type="checkbox"/> | .quarto de banho | <input type="checkbox"/> |
| | | - dentro | <input type="checkbox"/> |
| | | - fora | <input type="checkbox"/> |
| .banheira/chuveiro | <input type="checkbox"/> | | |
| - sim | <input type="checkbox"/> | | |
| - não | <input type="checkbox"/> | | |

instalações existentes

- .sem água canalizada e sem esgoto ☐
- .sem água canalizada e com esgoto ☐
- .com água canalizada do poço e sem esgoto ☐
- .com água canalizada do poço e com esgoto ☐
- .com água canalizada da Câmara e sem esgoto ☐
- .com água canalizada da Câmara e com esgoto ☐

- .sem electricidade ☐
- .com electricidade do bairro ☐
- .com electricidade da E.D.P. ☐

6. Rendimento do agregado familiar:

Rendimento líquido mensal

- .até 54.600\$00 ☐
- .54.600\$00 ☐
- .de 54.600\$00 a 109.200\$00 ☐
- .de 109.200\$00 a 163.800\$00 ☐
- .de 163.800\$00 a 218.400\$00 ☐
- .mais de 250.000\$00 ☐
- .subsídio de desemprego ☐

O rendimento do agregado familiar provém:

- .dos membros da família ☐ Quais? _____
- .familiares ☐ Quais? _____
- .pensão ☐ Quais? _____

O questionário termina para as jovens sem história de gravidez e de maternidade

7.

O nascimento desta criança estava nos seus planos de vida?

8.

Idade do pai: _____ Habilitações: _____

Último ano de escolaridade que frequentou:: _____ Idade: _____

Situação Profissional: _____ Profissão : _____

9.

Em que medida a gravidez alterou a sua vida:

9.1. Ao nível educativo

- deixou de estudar; quando?; durante a gravidez ou depois do parto?
- porque deixou de estudar
 - ⇒ já pretendia
 - ⇒ não tinha rendimento escolar
 - ⇒ pela gravidez
 - ⇒ por ter que arranjar trabalho
 - ⇒ por sugestão de outras pessoas, de quem?
- pensa voltar a estudar
 - ⇒ vai recorrer ajuda de alguém?
 - ⇒ onde vai pôr o seu filho
 - ⇒ tem ou terá tempo suficiente para estudar

9.2. Ao nível profissional

- teve que deixar o seu emprego
- teve que procurar um emprego
- onde vai pôr o seu filho para poder trabalhar

9.3. Ao nível afectivo

- durante a gravidez e agora que é mãe, sente que:
- o tempo que dorme e descansa é o mesmo e é-lhe suficiente;
- tem tempo para si, isto é, para cuidar de si, para passear e estar com os seus amigos;
- nos tempos livres, costuma fazer as mesmas actividades que fazia (ver T.V; ir ao café, ir ao cinema, ler, passear, estar com amigos(as);
- o tempo para estar com o seu companheiro/namorado/marido modificou-se desde que soube que estava grávida e quando o bebé nasceu? Em que sentido? Porquê?

10.

10.1. Considera que a gravidez e o nascimento do seu filho trouxeram aspectos negativos para sua vida:

- ⇒ o seu dia-a-dia é mais complexo e tem mais tarefas (quais?)
- ⇒ o que se alterou?
- ⇒ sente-se mais ansiosa e preocupada, porque tem um filho, com o dinheiro que dispõe, com a sua relação amorosa, com o tempo que dispõe?
- ⇒ teve que assumir novos compromissos
- ⇒ económicos;
- ⇒ familiares
- ⇒ profissionais / educativos

10.2.

Considera que a gravidez e o nascimento do seu filho trouxeram aspectos positivos para sua vida:. Enumere-os:

11.

Quais são as maiores dificuldades que sente na educação do seu filho

- ⇒ económicas
- ⇒ habitacionais
- ⇒ falta de conhecimentos sobre o desenvolvimento da criança
- ⇒ falta de apoio (pais, sogros, companheiro, institucionais)

12.

Em relação à gravidez:

Data da primeira consulta (mês): _____ Data do parto: _____

- ⇒ foi ao número de consultas necessárias?
- ⇒ seguiu as recomendações do médico (tabaco; alimentação, medicamentos)?
- ⇒ o trabalho de parto foi doloroso, complicado?
- ⇒ quem a ajudou a seguir ao parto?
- ⇒ pretende ter outros filhos?

ANEXO 3

Convocatória



MINISTÉRIO DA SAÚDE
ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE
CENTRO DE SAÚDE DE ALDOAR

Ex.ma. Sr.^a.

Porto, ____ de _____ de 1997

Agradecia a sua comparência no Centro de Saúde de Aldoar, Extensão
_____, na Rua _____
no dia ____ de _____ às ____ h ____ m, para participar num estudo
relacionado com a saúde na adolescência.

A sua colaboração será de grande interesse para a melhoria dos cuidados a prestar aos
adolescentes e jovens neste Centro de Saúde.

Com os meus melhores cumprimentos,

ANEXO 4

Equipamentos Sociais

Freguesias de Aldoar e Ramalde

EQUIPAMENTOS SOCIAIS

Freguesia de Aldoar

Equipamentos Sociais

• Institucionais	⇒ Junta de Freguesia de Aldoar ⇒ Consulado do Zimbabué
• Igrejas e locais de culto	⇒ Igreja da Vilarinha ⇒ Igreja Nova (Igreja Paroquial de Aldoar) ⇒ Igreja Evangélica ⇒ Cemitério de Aldoar
• Associações de intervenção social	⇒ Associação Projecto-Encontro (Associação de Solidariedade e Apoio Social a crianças e jovens em risco)
• Jardins de Infância	⇒ Creche de Instituição de Solidariedade Social (0 - 3 anos) ⇒ Jardins de Infância pertencentes a IPSS (3 - 6 anos) ⇒ Jardim de Infância da Junta de Freguesia de Aldoar (3 - 6 anos) ⇒ Creche e Jardim de Infância do Centro Social da Fonte da Moura
• ATL's	⇒ Dois de Instituições de Solidariedade Social ⇒ Um da Junta de Freguesia
• Centros / Escolas de Educação Especial	⇒ Externato Particular Ana Sullivan (para crianças com deficiência física e/ou intelectual) ⇒ Centro de Educação e Formação Profissional Integrada (CEFPI) - para jovens (maiores de 16 anos) e adultos com deficiência mental
• Escolas	⇒ 1º Ciclo do Ensino Básico Escola Primária n.º 69 Escola Primária n.º 134 Escola Primária n.º 137 ⇒ 2º Ciclo do Ensino Básico Escola C+S de Aldoar Escola Secundária Garcia da Orta ⇒ Ensino Superior Escola Superior de Enfermagem Ana Guedes Escola Técnica dos Serviços de Saúde
• Centros de Convívio e de Dia	⇒ Um de uma Instituição Particular de Solidariedade Social ⇒ Centro de Bem Estar da Nossa Senhora do Perpétuo Socorro ⇒ Um da Paróquia de Aldoar
• Lares de Terceira Idade	⇒ Um particular
• Colectividades	⇒ Centro Desportivo de Aldoar ⇒ Centro Ciclista de Aldoar ⇒ Desportivo Operário Fonte da Moura ⇒ Estrelas de Aldoar Futebol Clube ⇒ Grupo Desportivo Aniqui-Bó-Bó ⇒ Hóquei Clube Águias do Porto ⇒ Portuguesa de Aldoar Futebol Clube ⇒ União Académica António Aroso ⇒ Grupo Recreativo e Desportivo de Aldoar ⇒ Grupo Desportivo, Recreativo e Cultural - Vilarinha F. C. ⇒ Grupo Desportivo, Recreativo e Cultural - Jovens Amigos do Pelágio ⇒ Escutas - Agrupamento 174

Equipamentos Sociais - (continuação)

<ul style="list-style-type: none"> • Colectividades 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Centro Social Fonte da Moura (IPSS) - Núcleo musical e de teatro com idosos ⇒ CETA (Coop. de Hab. Econ. de Aldoar) - Actividade desportiva e recreativa local ⇒ HAZAL (Coop. de Hab. e Const.) - Actividade desportiva, cultural e recreativa local ⇒ Coop. de Hab. Econ. Solidariedade e Amizade (Actividade desportiva, cultural e recreativa - teatro infantil) ⇒ Comissão de moradores do Bairro de Aldoar ⇒ Comissão de moradores do Bairro de Fonte da Moura ⇒ Camerata Musical do Porto ⇒ Coral Mille Voce - Associação Cultural ⇒ Grupo Coral Lactare
<ul style="list-style-type: none"> • Zonas verdes e Jardins 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Parque da Cidade ⇒ Fundação Cupertino de Miranda ⇒ Beco de Carreiras
<ul style="list-style-type: none"> • Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Unidade de Saúde de Aldoar ⇒ Hospital de Magalhães Lemos ⇒ Centro de Saúde Mental Infantil e Juvenil ⇒ Centro Regional de Alcoologia do Norte ⇒ Centro de Recuperação de Alcoolismo e Toxicodependência (CRATO) ⇒ Instituto Português de Sangue (Centro Regional)

Freguesia de Ramalde

Equipamentos Sociais

• Institucionais	⇒ Junta de Freguesia de Ramalde ⇒ Quartel de Regimento de Infantaria
• Igrejas e locais de culto	⇒ Igreja Paroquial de São Salvador de Ramalde ⇒ Igreja da Senhora do Porto ⇒ Igreja da Nossa Senhora da Boavista ⇒ Igreja de São Paulo do Viso
• Jardins de Infância	⇒ Jardim Infantil das Campinas ⇒ Jardins de Infância do Viso ⇒ Jardim de Infância da Junta de Freguesia de Ramalde ⇒ Escola Infantil da Nazaré ⇒ Jardim Infantil do Patronato de Francos
• ATL's	⇒ Associação de Solidariedade e Acção Social de Ramalde ⇒ Centro Social, Desportivo e Cultural do Bairro de Campinas ⇒ Cooperativa de Habitação e Construção da Zona da Boavista ⇒ Paróquia do Sagrado Coração de Jesus ⇒ Patronato de Sta. Maria de Ramalde
• Centros / Escolas de Educação Especial	⇒ Associação Portuguesa de Deficientes (vertentes desportiva e lúdico-recreativas) ⇒ Associação Portuguesa de Pais e Amigos das Crianças Diminuídas Mentais ⇒ Associação Nacional dos Deficientes Sinistrados no Trabalho ⇒ Associação dos Deficientes das Forças Armadas
• Escolas	⇒ 1º Ciclo do Ensino Básico Escola Primária do Viso n.º 95 Escola Primária da Vilarinha n.º 99 Escola Primária de Pereiró n.º 119 Escola Primária das Campinas n.º 145 Escola Primária de Francos n.º 114 Escola Primária de Ramalde do Meio n.º 113 Escola Primária dos Castelos n.º 75 Escola Primária de Sto. Eugénio n.º 8 Escola Primária de São João de Deus n.º 117 ⇒ 2º e 3º Ciclo do Ensino Básico Escola Preparatória Maria Lamas Escola Secundária Fontes Pereira de Melo Escola Secundária Clara de Resende
• Centros de Convívio e de Dia	⇒ Associação de Moradores da Zona de Francos ⇒ Grupo Desportivo do Viso ⇒ Centro Social e Desportivo do Bairro das Campinas ⇒ Centro Social do Exército de Salvação ⇒ Paróquia do Sagrado Coração de Jesus
• Lares de Terceira Idade	⇒ Lar do Pinheiro Manso ⇒ Lar do Monte dos Burgos ⇒ Lar Francisco de Noronha ⇒ Lar do Calvário do Carvalhido
• Colectividades	⇒ Grupo Desportivo do Viso ⇒ Grupo Desportivo de Francos ⇒ Grupo Desportivo e Cultural de Sto. Eugénio ⇒ Centro Social e Desportivo do Bairro das Campinas ⇒ Grupo Desportivo do Centro Social do Bairro de Francos

Equipamentos Sociais - (continuação)

<ul style="list-style-type: none"> • Colectividades 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Clube Sportivo Nun'Alvares ⇒ Boavista Futebol Clube ⇒ Ginásio da Ponte Futebol Clube ⇒ Comissão de Jovens de Ramalde ⇒ Ramaldense Futebol Clube ⇒ Hóquei Clube Águias do Porto ⇒ Portuguesa do Viso ⇒ Cooperativa de Habitação da Boavista ⇒ Sociedade Cooperativa de Ramalde ⇒ Associação de Solidariedade e Acção Social de Ramalde ⇒ Conjunto Dramático 26 de Janeiro ⇒ Banda Musical de Ramalde ⇒ Associação Recreativa de Ramalde ⇒ Centro Associativo dos Blocos da Prelada
<ul style="list-style-type: none"> • Zonas verdes e Jardins 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Casa da Quinta de Ramalde ⇒ Fundação Eng. António de Almeida ⇒ Casa da Quinta da Prelada ⇒ Parque de Campismo da Prelada
<ul style="list-style-type: none"> • Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> ⇒ Unidade de Saúde de Ramalde ⇒ Unidade de Saúde do Carvalhido ⇒ Centro de Atendimento de Jovens ⇒ Serviço de Atendimento em Situações Urgentes ⇒ Hospital da Prelada

ANEXO 5

Escala I-E de Rotter (1996)

Adaptação de Barros, Barros & Neto (1989)

ESCALA DE I-E DE ROTTER¹

Assinale com um círculo a letra A ou B em cada pergunta conforme a afirmação que julgar certa para si.
Não há respostas boas ou más. O que importa é que seja sincero.

1. A - As crianças apresentam perturbações porque os pais as castigam demasiado.
B - Hoje em dia, o problema da maior parte das crianças provém de os pais serem demasiado condescendentes com elas.
2. A - Muitas infelicidades da vida das pessoas são devidas, em parte, à má sorte.
B - Os infortúnios das pessoas resultam dos erros que elas cometem.
3. A - Uma das principais razões de haver guerras é porque as pessoas não se interessam suficientemente por política.
B - Haverá sempre guerras, por mais que as pessoas tentem evitá-las.
4. A - Mais tarde ou mais cedo as pessoas acabam por conseguir o respeito que merecem.
B - Infelizmente, o valor de um indivíduo, por mais que ele se esforce, passa muitas vezes despercebido.
5. A - A ideia que os professores são injustos para com os alunos é absurda
B - A maior parte dos alunos não consegue perceber quanto as suas notas são influenciadas por acontecimentos casuais.
6. A - Sem boas oportunidades não se pode ser um verdadeiro líder.
B - As pessoas competentes que não conseguiram tornar-se líderes foi porque não souberam aproveitar as oportunidades.
7. A - Por mais que nos esforcemos, há sempre pessoas que não gostam de nós.
B - As pessoas que não conseguem fazer com que os outros gostem delas, é porque não sabem dar-se bem com os outros.
8. A - A hereditariedade desempenha o papel principal na determinação da nossa personalidade.
B - São as experiências vividas pela pessoa que determinam o seu modo de ser.
9. A - Às vezes penso que as coisas acontecem porque têm que acontecer
B - Para mim, em vez de confiar no destino, é preferível tomar uma decisão para seguir um rumo de acção definido.
10. A - Quando um estudante está bem preparado, é raro haver um teste injusto.
B - Muitas vezes, as perguntas de um teste estão pouco relacionadas com o conteúdo da disciplina que é inútil estudar.

11. A - Para ter sucesso, é preciso trabalhar muito; a sorte pouco ou nada tem a ver com isso.
B - Arranjar um bom emprego depende sobretudo de estar no lugar certo na altura certa.
12. A - O cidadão comum pode ter influência nas decisões governamentais.
B - O mundo é dirigido pelas poucas pessoas que estão no poder, e não há nada que uma pessoa comum possa fazer quanto a isso.
13. A - Quando faço planos, tenho quase a certeza de que os posso realizar.
B - Nem sempre é acertado fazer planos a longo prazo, porque muitas coisas são apenas uma questão de boa ou má sorte.
14. A - Há certas pessoas que simplesmente não prestam.
B - Existe sempre qualquer coisa de bom em cada um de nós.
15. A - No meu caso, conseguir aquilo que quero, pouco ou nada tem a ver com a sorte.
B - Muitas vezes decidimos o que fazer atirando uma moeda ao ar.
16. A - Conseguir ser chefe depende muitas vezes de ter a sorte de chegar primeiro ao lugar certo.
B - Fazer com que alguém actue da melhor maneira, depende da sua capacidade; a sorte pouco ou nada tem a ver com isso.
17. A - No que diz respeito aos acontecimentos mundiais, a maior parte de nós é vítima de forças que não consegue controlar nem compreender.
B - As pessoas podem controlar os acontecimentos mundiais se participarem activamente nas questões políticas e sociais.
18. A - A maior parte das pessoas não compreende até que ponto a sua vida é controlada por acontecimentos ocasionais.
B - A sorte é coisa que realmente não existe.
19. A - Devemos estar sempre prontos a admitir os nossos erros.
B - Geralmente é melhor ocultarmos os nossos erros.
20. A - É difícil saber se alguém realmente gosta ou não de nós.
B - O número de amigos que temos depende da nossa simpatia.
21. A - Ao longo da nossa vida, o que de mal nos acontece, é contrabalançado com o bom.
B - A maior parte das infelicidades resulta da nossa falta de capacidade, ou de ignorância e preguiça, ou das três conjuntamente.
22. A - Se nos esforçarmos, havemos de conseguir que desapareça toda a corrupção política.
B - É difícil controlarmos aquilo que os políticos fazem nos seus gabinetes.

23. A - Às vezes não consigo compreender em que é que os professores se baseiam para dar as notas que dão.
B - Quanto mais estudar, melhores notas terei.
24. A - O bom líder espera que as pessoas decidam por si próprias o que devem fazer.
B - O bom líder determina claramente as tarefas que cabem aos outros.
25. A - Muitas vezes sinto que tenho pouca influência nas coisas que me acontecem.
B - É-me impossível acreditar que seja a sorte ou o acaso a ter um papel importante na minha vida.
26. A - As pessoas sentem-se sós, porque não procuram fazer amigos.
B - Não vale a pena tentar agradar às pessoas, porque se elas tiverem de gostar de nós, gostam mesmo.
27. A - Na escola dá-se muita importância às aulas de desporto.
B - Os desportos em equipa são um meio excelente para a construção do carácter de uma pessoa.
28. A - Sou o único responsável por aquilo que me acontece.
B - Às vezes sinto que não controlo suficientemente a direcção que a minha vida está a tomar.
29. A - Geralmente não consigo compreender porque é que os políticos agem de determinada maneira.
B - Ao longo da vida, as pessoas são responsáveis pelos governantes que têm, tanto a nível local como a nível nacional.

¹ Escala traduzida e adaptada por Barros, Barros & Neto (1989). In Barros, J.A., Barros, A.H. & Neto, F. (1993). Psicologia do Controlo Pessoal. Aplicações Educacionais, Clínicas e Sociais (pp. 193-194). Braga: Instituto de Educação, Universidade do Minho.

Nota: Os itens assinalados. são o score de externalidade (máximo: 23). Os itens 1, 8, 14, 19, 24, 27 são de despistamento.

ANEXO 6

Escala de Locus de Controlo e Atribuição de Responsabilidades de Brewin (1981)

Adaptação de Neto, Barros & Barros (1988)

ESCALA DE BREWIN¹

O conjunto de questões a que vai responder, pretende saber o que as pessoas pensam acerca de determinados acontecimentos da vida em geral.

Para cada afirmação assinale com um círculo o número que melhor corresponde ao seu caso.

	Fortemente em desacordo	Em desacordo	Nem de acordo, nem em desacordo	De acordo	Fortemente de acordo
1. Foram geralmente merecidas as críticas que me fizeram	1	2	3	4	5
2. No meu caso, conseguir o que quero, tem tido pouco ou nada a ver com a sorte	1	2	3	4	5
3. Só eu sou culpada da maioria dos meus infortúnios e desgraças	1	2	3	4	5
4. Parece-me que o meu sucesso depende em grande parte de ter estado no lugar certo, no momento exacto	1	2	3	4	5
5. Quando as pessoas não simpatizam comigo, geralmente senti que havia algo de errado em mim	1	2	3	4	5
6. Muitos dos meus sucessos aconteceram sem que eu me tenha realmente esforçado por os conseguir	1	2	3	4	5
7. Os meus infortúnios resultaram principalmente dos erros que cometi	1	2	3	4	5
8. Convenci-me que o sucesso, em qualquer coisa que seja, se deve a muito trabalho	1	2	3	4	5
9. Geralmente culpo-me a mim própria quando as coisas correm mal	1	2	3	4	5
10. Em grande parte é uma questão de sorte o facto de eu alcançar êxito na vida	1	2	3	4	5
11. Quando as relações com os outros falharam, senti que em geral a culpa era minha	1	2	3	4	5
12. Só com muito trabalho é que conseguirei o que quero na vida	1	2	3	4	5

¹ Escala traduzida e adaptada por Neto, Barros & Barros (1988). In Barros, J.A., Barros, A.H. & Neto, F. (1993). Psicologia do Controlo Pessoal. Aplicações Educacionais, clínicas e sociais (pp. 197). Braga: Instituto de Educação, Universidade do Minho.

Nota: Os itens pares dão o score de atribuição (responsabilidade) pelos resultados positivos e os itens ímpares pelos resultados negativos.

ANEXO 7

Escala de Auto-Conceito de Harter (1988)

Adaptação de Martins et al. (1996)

COMO É QUE EU SOU?

EXEMPLO:

exacta-
mente
como
eu

mais
ou menos
como
eu

mais
ou menos
como
eu

exacta-
mente
como
eu

- a) ☐ ☐ Alguns jovens gostam de ir ao cinema nos seus tempos livres **MAS** Outros preferem assistir a acontecimentos desportivos ☐ ☐

1. ☐ ☐ Alguns jovens sentem que são tão inteligentes como os outros jovens da sua idade. **MAS** Outros jovens não têm tanta certeza de ser tão inteligentes como os da sua idade. ☐ ☐

2. ☐ ☐ Alguns jovens acham difícil fazer amigos. **MAS** Para outros jovens é muito fácil fazer amigos. ☐ ☐

3. ☐ ☐ Alguns jovens são muito bons a praticar qualquer tipo de desporto. **MAS** Outros jovens sentem que não são muito bons no que toca a desporto. ☐ ☐

4. ☐ ☐ Alguns jovens não se sentem muito satisfeitos com a sua aparência. **MAS** Outros jovens gostam da sua aparência. ☐ ☐

5. ☐ ☐ Alguns jovens, sentem que quando estão interessados por alguém, são correspondidos. **MAS** Outros jovens receiam não ser correspondidos quando estão interessados em alguém. ☐ ☐

6. ☐ ☐ Alguns jovens, fazem geralmente o que está certo. **MAS** Outros jovens, muitas vezes, não fazem o que sabem estar certo. ☐ ☐

7. ☐ ☐ Alguns jovens são capazes de fazer bons amigos. **MAS** Outros jovens acham difícil fazer bons amigos. ☐ ☐

8. ☐ ☐ Alguns jovens ficam frequentemente desapontados consigo. **MAS** Outros jovens estão muito satisfeitos consigo. ☐ ☐

exacta-
mente
como
eu

mais
ou menos
como
eu

mais
ou menos
como
eu

exacta-
mente
como
eu

9. ☐ ☐ Alguns jovens são bastante lentos a fazer o seu trabalho escolar.

MAS

Outros jovens conseguem ☐ ☐ fazer o seu trabalho escolar rapidamente.

10. ☐ ☐ Alguns jovens têm muitos amigos.

MAS

Outros jovens não têm ☐ ☐ muitos amigos.

11. ☐ ☐ Alguns jovens pensam que poderiam desempenhar bem qualquer tipo de actividade desportiva que fizessem pela 1ª vez.

MAS

Outros jovens sentem que ☐ ☐ não seriam muito bons numa nova actividade desportiva.

12. ☐ ☐ Alguns jovens gostariam que o seu corpo fosse diferente.

MAS

Outros jovens gostam do ☐ ☐ seu corpo tal como ele é.

13. ☐ ☐ Alguns jovens não saiem com as pessoas por quem se sentem apaixonados.

MAS

Outros jovens saiem com ☐ ☐ as pessoas por quem se sentem apaixonados.

14. ☐ ☐ Alguns jovens, frequentemente arranjam problemas com aquilo que fazem.

MAS

Outros jovens, normal- ☐ ☐ mente, não fazem coisas que lhes possam causar problemas.

15. ☐ ☐ Alguns jovens têm um amigo especial com quem podem partilhar os seus segredos.

MAS

Outros jovens não têm ☐ ☐ um amigo especial para partilhar os seus segredos.

16. ☐ ☐ Alguns jovens não gostam do modo como estão a encaminhar a sua vida.

MAS

Outros jovens gostam do ☐ ☐ modo como estão a encaminhar a sua vida.

17. ☐ ☐ Alguns jovens fazem muito bem os seus trabalhos escolares.

MAS

Outros jovens não fazem ☐ ☐ muito bem os seus trabalhos escolares.

18. ☐ ☐ Alguns jovens, têm dificuldade em que os outros gostem deles.

MAS

Outros jovens, todos ☐ ☐ gostam deles.

exacta- mente como eu	mais ou menos como eu			mais ou menos como eu	exacta- mente como eu		
19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham que são melhores a praticar desporto. do que outros jovens da sua idade.	MAS	Outros jovens sentem que não praticam tão bem desporto. como outros jovens da sua idade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens gostariam que a sua aparência física fosse diferente.	MAS	Outros jovens gostam da sua aparência física tal como é.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham que as pessoas da sua idade se apaixonariam, por eles.	MAS	Outros jovens acham que as pessoas da sua idade não se apaixonariam por eles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens sentem-se muito bem com a maneira como agem	MAS	Outros jovens não se sentem muito bem, com a maneira como por vezes agem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens gostariam muito de ter um amigo especial para partilhar coisas.	MAS	Outros jovens têm um amigo especial com quem partilham coisas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens a maior parte das vezes estão satisfeitos com eles próprios.	MAS	Outros jovens frequentemente não estão satisfeitos com eles próprios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens têm dificuldade em responder aos problemas na escola.	MAS	Outros jovens, encontram sempre as respostas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens são populares entre os da sua idade.	MAS	Outros jovens não são muito populares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens não são muito bons em jogos, ao ar livre.	MAS	Outros jovens são bons em novos jogos ao ar livre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

exacta-
mente
como
eu

mais
ou menos
como
eu

mais
ou menos
como
eu

exacta-
mente
como
eu

28. ☐ ☐ Alguns jovens acham que têm um bom aspecto. **MAS**

Outros jovens acham que ☐ ☐ não têm muito bom aspecto.

29. ☐ ☐ Alguns jovens acham que são interessantes e divertidos nos seus encontros (com elementos do sexo oposto). **MAS**

Outros jovens interrogam- ☐ ☐ -se. se serão interessantes e divertidos nos seu encontros.

30. ☐ ☐ Alguns jovens fazem coisas, que acham que deveriam fazer. **MAS**

Outros jovens não fazem ☐ ☐ coisas. que acham que deveriam fazer.

31. ☐ ☐ Alguns jovens acham difícil fazer amigos, em quem possam mesmo confiar. **MAS**

Outros jovens são capazes ☐ ☐ de fazer amigos, em quem possam confiar.

32. ☐ ☐ Alguns jovens gostam do tipo de pessoa que são. **MAS**

Outros jovens muitas vezes ☐ ☐ gostariam de ser outra pessoa.

33. ☐ ☐ Alguns jovens sentem-se bastante inteligentes. **MAS**

Outros jovens questionam- ☐ ☐ -se sobre a sua inteligência.

34. ☐ ☐ Alguns jovens acham que são socialmente aceites. **MAS**

Outros jovens desejariam ☐ ☐ que mais pessoas das suas idades os aceitassem.

35. ☐ ☐ Alguns jovens sentem que não são muito atléticos. **MAS**

Outros jovens sentem que ☐ ☐ são muito atléticos.

36. ☐ ☐ Alguns jovens gostam mesmo do seu aspecto. **MAS**

Outros jovens gostariam de ☐ ☐ ter um aspecto diferente.

37. ☐ ☐ Alguns jovens normalmente não saiem, com as pessoas (do sexo oposto) com quem queriam realmente sair. **MAS**

Outros jovens saiem, com ☐ ☐ as pessoas com quem gostam mesmo de sair.

exacta-
mente
como
eu

mais
ou menos
como
eu

mais
ou menos
como
eu

exacta-
mente
como
eu

38. ☐ ☐ Alguns jovens normalmente
agem de acordo, com o que
sabem ser suposto agir

MAS

Outros jovens muitas vezes ☐ ☐
não agem, de acordo, com o
que sabem ser suposto agir.

39. ☐ ☐ Alguns jovens não têm um
amigo especial, para partilhar
pensamentos e sentimentos
muito pessoais.

MAS

Outros jovens têm um amigo ☐ ☐
especial com quem partilham
os seus sentimentos e pensa-
mentos muito pessoais.

40. ☐ ☐ Alguns jovens estão satis-
feitos com a sua maneira de ser.

MAS

Outros jovens gostariam de ☐ ☐
ser diferentes.

O QUANTO ISTO É IMPORTANTE PARA MIM ?

	exac- ta- mente como eu	mais ou menos como eu				mais ou menos como eu	exac- ta- mente como eu
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens pensam que é importante ser inteligente.	MAS	Outros jovens pensam que	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					não é importante ser inteli- gente.		
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens pensam que não é assim tão importante ter muitos amigos.	MAS	Outros jovens pensam que	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					é importante ter muitos amigos.		
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham que é importante ser bons em desporto.	MAS	Outros jovens não se preo- cupam muito, em ser bons em desporto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham que a sua aparência física, não tem assim tanta importância.	MAS	Outros jovens acham que a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					sua aparência física, é impor- tante.		
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham importante, que a pessoa pela qual se sentem romanticamente interessados, também goste deles.	MAS	Outros jovens acham que	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					não é necessário que a pessoa pela qual se sentem romantica- mente interessados também goste deles.		
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham que não é assim tão importante, fazer as coisas que estão certas.	MAS	Outros jovens acham que	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					fazer as coisas certas é importante.		
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham que é im- portante ser capaz de fazer verda- deiros amigos.	MAS	Outros jovens acham que	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					fazer verdadeiros amigos, não é assim tão importante.		
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham que ser bom na escola, não é assim tão importante.	MAS	Outros jovens acham que	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					ser bom na escola, é importante.		
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguns jovens acham que é importante, ser popular.	MAS	Outros jovens não se im- portam quanto à popularidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

exacta-
mente
como
eu

mais
ou menos
como
eu

mais
ou menos
como
eu

exacta-
mente
como
eu

10. ☐ ☐ Alguns jovens acham que não é importante ser atlético.

MAS

Outros jovens acham que ser atlético é importante. ☐ ☐

11. ☐ ☐ Alguns jovens acham que o o seu aspecto é importante.

MAS

Outros jovens não se importam com o seu aspecto. ☐ ☐

12. ☐ ☐ Alguns jovens acham que não importa se saiem ou não. com quem estão interessados.

MAS

Outros jovens acham importante. sair com quem estão interessados. ☐ ☐

13. ☐ ☐ Alguns jovens acham que é importante agir do modo que é correcto

MAS

Outros jovens não se importam, se agem ou não da forma correcta. ☐ ☐

14. ☐ ☐ Alguns jovens não se preocupam com o facto de terem ou não amigos, em quem possam mesmo confiar.

MAS

Outros jovens acham que é importante ter amigos. em quem possam mesmo confiar. ☐ ☐

ANEXO 8

Brief Symptom Inventory - BSI de Derogatis (1982)

Adaptação de Canavarro (1995)

BSI

L. R. Derogatis; 1993; Versão: M.C. Canavarro; 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O AFECTOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi afectado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sózinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sózinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vontade de vomitar ou mal estar do estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em que medida foi afectado pelos seguintes sintomas:

	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sózinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO 9

Escala de Atitudes Sobre a Gravidez e a Maternidade - EAGM

(Versão para investigação) de Xavier & Paúl (1996)

ESCALA DE ATITUDES SOBRE A GRAVIDEZ E A MATERNIDADE - EAGM
(Versão para Investigação)
Autores: Maria Raúl Lobo Xavier, Maria Constança Paúl

Data de Nascimento / / Está grávida de quanto tempo? _____
Estado civil: _____ (1º, 2º, 3º....) filho
Anos de escolaridade: _____ Sexo do bebé _____

Por favor, leia atentamente as afirmações que se seguem e responda rapidamente, de acordo com a primeira ideia que lhe ocorrer. Note que não há respostas certas ou erradas, é apenas uma questão de opinião.

Faça um círculo à volta do número que corresponde à sua opinião.

SEMPRE	MUITAS VEZES	POUCAS VEZES	NUNCA
1	2	3	4

- | | |
|--|---------------------|
| 1. Penso que vou ser uma boa mãe..... | 1-----2-----3-----4 |
| 2. Com a gravidez sinto-me mais responsável..... | 1-----2-----3-----4 |
| 3. A gravidez é um periodo difícil na vida de uma mulher..... | 1-----2-----3-----4 |
| 4. Desde que estou grávida que tenho necessidade de mais apoio.. | 1-----2-----3-----4 |
| 5. Considero a minha própria mãe como uma verdadeira amiga..... | 1-----2-----3-----4 |
| 6. Imagino-me a brincar com o meu filho..... | 1-----2-----3-----4 |

7. O apoio do marido / companheiro é muito importante durante a gravidez..... 1-----2-----3-----4
8. Durante a gravidez tenho-me preocupado com o meu aspecto.... 1-----2-----3-----4
9. Os bebés são todos iguais no primeiro ano de vida..... 1-----2-----3-----4
- 10.Desde que estou grávida que me sinto mais próxima do meu marido/ companheiro..... 1-----2-----3-----4
- 11.Imagino-me a passear com o bebé ao colo..... 1-----2-----3-----4
- 12.Desde que se preste os cuidados básicos ao bebé, como dar-lhe de comer e mante-lo limpo, tudo correrá bem..... 1-----2-----3-----4
- 13.A minha mãe compreendia os meus problemas e preocupações. 1-----2-----3-----4
- 14.Estar grávida é um enorme desgaste psicológico..... 1-----2-----3-----4
- 15.O meu marido / companheiro tem ajudado durante a gravidez.... 1-----2-----3-----4
- 16.A gravidez está a fazer-me mudar para melhor..... 1-----2-----3-----4
- 17.Tenho pensado no futuro do meu bebé..... 1----2-----3-----4
- 18.Uma criança põe uma mulher nervosa se esta tiver que estar com ela todo o dia..... 1-----2-----3-----4
- 19.Ter filhos altera a vida de uma mulher..... 1-----2-----3-----4
- 20.O pai não é importante para ajudar a criar o seu filho..... 1-----2-----3-----4
- 21.Desde que estou grávida sinto que o meu marido/companheiro compreende as minhas necessidades..... 1-----2-----3-----4
- 22.Esta gravidez não muda a minha vida..... 1-----2-----3-----4
- 23.Desde que estou grávida que vejo a vida de forma diferente..... 1-----2-----3-----4
- 24.Uma boa mãe afasta a criança das dificuldades da vida..... 1-----2-----3-----4
- 25.Este bebé vai alterar a minha vida..... 1-----2-----3-----4
- 26.O apoio do meu marido / companheiro tem sido muito importante durante a gravidez..... 1-----2-----3-----4
- 27.Imagino-me a brincar no jardim com o meu filho, quando ele for mais crescido..... 1-----2-----3-----4
- 28.É importante ser eu a ensinar o meu filho a usar o pote..... 1-----2-----3-----4

- 29.Vou fazer mimos ao meu bebé..... 1-----2-----3-----4
- 30.A gravidez faz-me sentir importante..... 1-----2-----3-----4
- 31.Desde que estou grávida que tenho necessidade de mais carinhos..... 1-----2-----3-----4
- 32.Depois do bebé nascer a minha vida vai mudar..... 1-----2-----3-----4
- 33.Imagino-me a mudar as fraldas ao meu bebé..... 1-----2-----3-----4
- 34.As avós têm mais tempo para olhar pelas crianças..... 1-----2-----3-----4
- 35.Desde que estou grávida sinto-me abandonada pelo meu marido/companheiro..... 1-----2-----3-----4
- 36.Estar grávida é um enorme desgaste físico..... 1-----2-----3-----4
- 37.Preocupo-me com a capacidade do meu marido / companheiro lidar com o bebé..... 1-----2-----3-----4
- 38.A minha mãe merece o meu respeito pela forma como me educou..... 1-----2-----3-----4
- 39.Tenho pensado que a gravidez é uma fase muito importante na minha vida..... 1-----2-----3-----4
- 40.A minha mãe não me ajudou tanto quanto eu necessitava..... 1-----2-----3-----4
- 41.Tenho pensado que depois do bebé nascer a minha vida vai mudar..... 1-----2-----3-----4
- 42.Estou preocupada com a minha capacidade para enfrentar o parto..... 1-----2-----3-----4
- 43.Durante a gravidez tenho-me preocupado em arranjar-me e vestir roupas bonitas..... 1-----2-----3-----4
- 44.Desde que estou grávida que me sinto uma pessoa diferente..... 1-----2-----3-----4
- 45.A minha mãe fazia-me mimos..... 1-----2-----3-----4

ANEXO 10

Escala de Recursos para Mães Adolescentes

de Dunst, Leet, Vance & Cooper (1986)

Escala de Recursos para Mães Adolescentes

Carl J. Dunst, Hope E. Leet, Sherra D. Vance, & Carolyn S. Cooper

Nome _____ Data _____

Esta escala pretende ver se tem ou não os recursos adequados (dinheiro, tempo, energia, etc.) para ir ao encontro das suas necessidades e das necessidades do(s) seu(s) filho(s).

Para cada item *circunde o número* que melhor descreve a forma como responde às necessidades do dia-a-dia.

<i>Em que extensão são os seguintes recursos adequados à sua família e/ou criança(s):</i>	<i>Não aplicável</i>	<i>Nada adequada</i>	<i>Raramente adequada</i>	<i>Por vezes adequada</i>	<i>Usualmente adequada</i>	<i>Quase sempre adequada</i>
1. Comida para duas refeições por dia	N/A	1	2	3	4	5
2. Casa ou apartamento	N/A	1	2	3	4	5
3. Dinheiro para comprar produtos indispensáveis	N/A	1	2	3	4	5
4. Roupa suficiente para si e para o(s) seu(s) filho(s)	N/A	1	2	3	4	5
5. Aquecimento da casa ou do apartamento	N/A	1	2	3	4	5
6. Água canalizada	N/A	1	2	3	4	5
7. Dinheiro para pagar as contas mensais	N/A	1	2	3	4	5
8. Cuidados médicos para si e para o(s) seu(s) filho(s)	N/A	1	2	3	4	5
9. Tempo e recursos (transporte, cuidados, etc.) necessários para completar estudos	N/A	1	2	3	4	5
10. Assistência Pública (Seg. Social, Centros de Saúde...)	N/A	1	2	3	4	5
11. Transporte (carro próprio ou transportado por outros)	N/A	1	2	3	4	5
12. Tempo e recursos (transporte, cuidados, etc.) necessários para manter o emprego	N/A	1	2	3	4	5
13. Tempo para dormir/descansar	N/A	1	2	3	4	5
14. Mobiliário para casa ou apartamento	N/A	1	2	3	4	5
15. Tempo para si própria	N/A	1	2	3	4	5
16. Tempo para estar com o(s) seu(s) filho(s)	N/A	1	2	3	4	5
17. Tempo para estar com o marido ou namorado	N/A	1	2	3	4	5
18. Telefone próprio ou acesso a telefone	N/A	1	2	3	4	5
19. Conhecimentos sobre métodos de controlo de natalidade	N/A	1	2	3	4	5
20. Alguém para cuidar da(s) criança(s)	N/A	1	2	3	4	5
21. Um ambiente seguro para viver	N/A	1	2	3	4	5
22. Cuidados dentários para si e para os seus filhos	N/A	1	2	3	4	5
23. Alguém com quem falar	N/A	1	2	3	4	5
24. Tempo para estar com os amigos	N/A	1	2	3	4	5
25. Conhecimentos de como cuidar de uma criança	N/A	1	2	3	4	5
26. Tempo para se cuidar e para se arranjar	N/A	1	2	3	4	5
27. Brinquedos para o(s) seu(s) filho(s)	N/A	1	2	3	4	5
28. Dinheiro para comprar coisas para si	N/A	1	2	3	4	5
29. Dinheiro para os divertimentos da família	N/A	1	2	3	4	5
30. Dinheiro para poupar	N/A	1	2	3	4	5
31. Tempo e dinheiro para viajar/férias	N/A	1	2	3	4	5

Fonte: C. J. Dunst, C.M. Trivette, e A. G. Deal (1988). "Enabling and empowering families: Principles and guidelines for practice". Cambridge, MA: Brookline Books.

ANEXO 11

Escala de Warner para avaliação do estatuto sócio económico

(adaptação para Portugal)

ESCALA DE WARNER PARA AVALIAÇÃO DO ESTATUTO SÓCIO-ECONÓMICO¹

(1ª adaptação para Portugal)

PROFISSÃO

Nível 1.

- Alta administração do Estado (Chefe Ministerial; deputados, membros da Câmara Corporativa, juizes e magistrados, directores gerais).
- Direcção e pessoal superior dos quadros da Administração Pública (Directores, inspectores e chefes de serviço do Estado, dos corpos administrativos e dos organismos corporativos e de coordenação económica).
- Direcção Administrativa de Empresas privadas (Administradores, directores, inspectores gerais, gerentes e chefes de serviço).
- Direcção Técnica de Empresas Privadas (Técnicos diplomados responsáveis, engenheiros, agentes técnicos, preparadores de serviço).
- Entidades exercendo uma profissão liberal, técnicos e equiparados (Catedráticos, doutores, licenciados com alta posição, advogados com cartório, médicos com clínica própria, arquitectos com estúdio próprio).
- Proprietários de grandes explorações agrícolas. Industriais com empresas de grande dimensão.
- Directores e grandes artistas das Artes (Teatro, cinema, bailado, música). Escritores e poetas de renome nacional comprovado. Escultores e decoradores de reconhecida categoria, pintores de arte oficialmente galardoados.
- Altas personalidades do Clero secular católico.
- Diplomatas e cônsules do Corpo Diplomático em Portugal.

¹ In Bairrão, J. et al. (1979) - Contribuição ao estudo da etiologia da debilidade mental. Cadernos do COOMP, 4, 23-92.

Nível 2.

- Licenciados com posição média (Assistentes Universitários, professores do ensino secundário, químicos contratados, engenheiros agrónomos e silvicultores, médicos veterinários, notários).
- Pessoal de quadros da Administração Pública, de média categoria (Chefes de repartição, chefes de secção, funcionários públicos de carreira com posição destacada).
- Pessoal dos quadros administrativos e técnicos das Empresas Privadas, sem funções directivas mas com posição destacada, Bancos, Seguros, Comércio e Indústria (contabilidade, chefes de escritório, oficiais administrativos, tesoureiros).
- Proprietários de pequenas indústrias.
- Proprietários de exploração agrícolas de pequena e média dimensão, explorando-as por intermédio de trabalhadores.
- Jornalistas, intérpretes e guias acreditados pelas entidades oficiais, técnicos de teatro, cinema, rádio e televisão. Artistas de 2º plano.
- Religiosos regulares católicos.
- *Antigos Professores de instrução primária (actuais Professores do ensino básico)*².
- Profissões de carácter intelectual.
- Pessoal superior das equipagens de barcos e aeronaves (Comandantes, pilotos, comissários de bordo, hospedeiras).
- Modelos e manequins de alta costura.

Nível 3.

- Proprietários de indústrias domésticas. Proprietários de pensões e restaurantes.
- Comerciais e vendedores da pequena indústria.
- Proprietários de institutos de beleza ou cabeleireiros, de alfaiataria.

² As expressões em itálico são nossas e decorrentes da actualização na denominação das correspondentes profissões, cursos e/ou graus de ensino.

- Empregados de escritório. Empregados de comércio e indústria.
- Angariadores e agentes comerciais. Caixeiros e compradores por conta de outrém.
- Capatazes e contramestres. Verificadores e controladores de trabalho.
- Proprietários ou agricultores que trabalham eles próprios as suas terras.
- Regentes agrícolas.
- Capitães e mestres de embarcações. Radiotelegrafistas.
- Procuradores e solicitadores.
- Despachantes de mercadorias.
- Despachos de mercadorias.
- Empreiteiros de obras e serviços.

Nível 4.

- Operários e trabalhadores qualificados, especializados (pintores, electricistas, mecânicos oficiais, torneiros mecânicos, cinzeladores, compositores musicais, litógrafos, metalúrgicos, ourives de ouro e prata, relojoeiros, tecelões, marceneiros, corticeiros, entalhadores, esmaltadores.
- Operários e trabalhadores qualificados, semi-especializados (motoristas, empregados de café, barbeiros, pescadores, caçadores e silvicultores, mineiros, operários de pedreiras e equiparados).
- Agentes de cais. Carteiros e boletineiros.
- Arrendatários, rendeiros e parceiros de pequenas explorações.
- Comerciantes de ínfima categoria (quiosques, vendas).
- Damas de companhia, preceptoras e governantas.
- Sacristães, sineiros e ajudantes de culto.
- Feitores e administradores agrícolas.
- Criadores e tratadores de gado.

Nível 5.

- Trabalhadores não especializados (jornaleiros, ceifeiros, varredores, serventes, ajudantes de motorista).
- Serviços domésticos.
- Contínuos, paquetes. Guardas nocturnos. Porteiros.
- Caixeiros de praça. Caixeiros de balcão de baixa categoria.
- Magarefes. Costureiras e aprendiz.
- Vendedores ambulantes. Engraxadores.
- Carcereiros.
- Coveiros.
- Pessoa com profissão mal definida.

INSTRUÇÃO DO “CABEÇA DE CASAL”

- 1 -Universitária, Escolas Superiores Especiais.
- 2 -*Antigo* Curso superior do Comércio (*actual* curso *Superior de Contabilidade*),
Antigo Instituto Industrial (*actual* Curso *Superior de Engenharia*),
Antigo Magistério Primário (*actual* Curso *básico da Escola Superior de Educação*)
Antigo Curso Liceal (7º ano) (*actual* 11º ano de escolaridade)
- 3 -*Antigos* Curso Comercial, Curso Industrial, Escolas Profissionais (*actuais* *Escolas Profissionais*)
Antigo Curso Liceal (5º ano) (*actual* 9º ano de escolaridade).
- 4 -*Antiga* Instrução Primária completa (*actual* *Ensino Básico*).
- 5 -*Antiga* Instrução primária incompleta ou nula (*idem*).

ANEXO 12

Actividades profissionais (na gravidez e na maternidade)

Actividade profissional do pai das adolescentes na gravidez

	Mãe Adolescente	Adolescente
Actividade profissional do pai	f	f
advogado	0	1
carteiro	0	1
colocador de alcatifas	1	0
colocador do CRSR do Norte	1	0
contabilista	0	1
contínuo	1	0
desempregado	3	1
desenhador	0	1
empregado bancário	0	2
empregado de armazém	1	1
empregado de balcão	1	0
empregado de limpeza	1	0
empregado de litografia	2	0
empresário em nome individual	0	2
escriturário	1	3
funcionário dos STCP	0	2
funcionário público (balcão de serviços)	0	4
jardineiro	1	0
motorista	1	1
operário	3	2
pasteleiro	1	1
reformado	1	2
segurança	2	3
servente	6	3
técnico de vendas	0	2
total	27	33

Actividade profissional da mãe das adolescentes na gravidez

	Mãe Adolescente	Adolescente
Actividade profissional do mãe	f	f
auxiliar de educação	2	1
cabeleireira	0	2
costureira	2	3
cozinheira	1	1
desempregada	4	3
doméstica	6	5
enfermeira	0	1
economista	0	1
empregada administrativa	0	2
empregada de balcão	0	3
empregada de limpezas	5	3
empresária em nome individual	0	1
funcionária pública (balcão de serviços)	0	2
locutora	0	1
operária fabril	3	1
reformada	4	2
repositora	0	1
técnica de vendas	0	2
total	27	31

Actividade profissional do pai das adolescentes na maternidade

	Mãe Adolescente	Adolescente
Actividade profissional do pai	f	f
alto cargo administrativo	0	1
colocador de alcatifas	1	0
colocador do CRSR do Norte	1	0
contabilista	0	1
contínuo	1	0
desempregado	4	0
desenhador	0	1
empregado bancário	0	2
empregado de armazém	1	1
empregado de balcão	1	0
empregado de limpeza	1	0
empregado de litografia	1	0
empresário em nome individual	0	3
escriturário	1	3
funcionário dos STCP	0	2
funcionário público (balcão de serviços)	0	4
jardineiro	1	0
motorista	1	1
operário	2	2
pasteleiro	1	1
reformado	3	3
segurança	2	1
servente	5	2
técnico de vendas	0	3
total	27	31

Actividade profissional da mãe das adolescentes na maternidade

	Mãe Adolescente	Adolescente
Actividade profissional do mãe	f	f
analista química	0	1
auxiliar de educação	2	3
cabeleireira	0	2
costureira	2	2
cozinheira	1	1
desempregada	6	2
doméstica	6	7
economista	0	1
empregada de balcão	0	2
empregada de limpezas	4	3
empresária em nome individual	0	1
funcionária público (balcão de serviços)	0	2
locutora	0	1
operária fabril	2	0
reformada	4	2
repositora	0	1
técnica de vendas	0	2
total	27	31

Actividade profissional do marido/companheiro/namorado (idade da maternidade)

	Mãe Adolescente	Adolescente
Actividade profissional do companheiro	f	f
desempregado	6	0
empregado de escritório	1	1
empregado de armazém	3	1
empregado de balcão	5	5
empregado de limpeza	1	0
empregado de litografia	1	0
mecânico	2	2
operário fabril	2	2
pasteleiro	1	1
electricista	2	0
segurança	1	3
servente	1	3
militar (soldado)	1	0
técnico de automatismos	0	2
técnico de vendas	0	1
total	27	18¹

¹ Dos 28 companheiros da “Adolescentes “, na idade da maternidade, 10 continuam a estudar.

ANEXO 13

Correspondência e pedidos de autorização

UNIVERSIDADE DO PORTO
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Ex.ma. Sra. Directora do Centro de
Saúde de Aldoar

DECLARAÇÃO

Para os efeitos de um trabalho de investigação com vista à elaboração de Tese de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Educação da Criança da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, a realizar durante o ano lectivo de 1996/97, solicita-se a colaboração possível à licenciada Maria Catarina Leite Rodrigues Grande para a recolha de dados relativos às adolescentes e jovens inscritas no Centro de Saúde de Aldoar.

Assegura-se um sigilo profissional em relação às famílias que participem nesta investigação.

Agradecendo desde já toda a colaboração que possam dispensar, com os melhores cumprimentos,

Porto, ____ , _____ de 1996

(Joaquim Bairrão - Prof. Catedrático.)

CÓPIA

UNIVERSIDADE DO PORTO
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Exmº Sr Director Clínico Doutor Adrião Pinto Fonseca:

Maria Catarina Leite Rodrigues Grande, licenciada em Psicologia, aluna do Mestrado de Psicologia do Desenvolvimento e Educação "Intervenção Precoce", na Faculdade de Psicologia da Universidade do Porto, tendo necessidade de realizar um estudo de caracterização psicossocial de mães adolescentes, vem por este meio pedir a V. Excelência a autorização indispensável para entrevistar algumas das utentes inscritas na consulta de ginecologia / obstetrícia do Hospital de Matosinhos.

Solicitando a maior atenção de Vossa Ex., subscreve

Maria Catarina Rodrigues Grande

Porto, 30 de Maio de 1996

UNIVERSIDADE DO PORTO
FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

Ex.ma. Sra. Directora do Centro de
Saúde Rainha D. Amélia (Batalha)

DECLARAÇÃO

Para os efeitos de um trabalho de investigação com vista à elaboração de Tese de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento e Educação da Criança da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, a realizar durante o ano lectivo de 1996/97, solicita-se a colaboração possível à licenciada Maria Catarina Leite Rodrigues Grande, para a recolha de dados relativos às utentes Adolescentes desse Centro de Saúde.

Assegura-se um sigilo profissional nesta investigação.

Agradecendo desde já toda a colaboração que possam dispensar, com os melhores cumprimentos,

Porto, 23 de Outubro de 1996

(Joaquim Bairrão - Prof. Catedrático.)

CÓPIA

Maria Catarina Leite Rodrigues Grande
Rua António Cardoso, 263 - 1º Dto. Frt. - J
4150 PORTO

Ex.ma. Sr.ª. Prof.ª. Dra. Margarida Alves Martins
Instituto Superior de Psicologia Aplicada
Rua Jardim do Tabaco nº44
1100 LISBOA

Porto, 18 de Outubro de 1996

Tendo tomado conhecimento da adaptação da Escala de Auto-conceito para adolescentes de Susan Harter, pelo Instituto Superior de Psicologia Aplicada, e por estar a elaborar tese de Mestrado sobre a temática "A maternidade na adolescência", no âmbito do Mestrado de Psicologia do Desenvolvimento - Intervenção Precoce - na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, venho por este meio solicitar, por sugestão do Prof. Dr. Pais Ribeiro, que me seja facultada esta Escala e os estudos realizados.

Tomo a liberdade de fazer este pedido porque conheço, como licenciada por esse Instituto, a abertura que dispensam a pedidos como este.

Agradeço que os elementos acima referidos sejam enviados para o endereço atrás mencionado.

Com os meus melhores cumprimentos,

CÓPIA

Maria Catarina Leite Rodrigues Grande
Rua António Cardoso, 263 - 1º Dto. Frt. - J
4150 PORTO

Ex.ma. Sr.ª
Dra. Maria Cristina Canavarro
Faculdade de Psicologia e de Ciências da
Educação
Universidade de Coimbra
Rua do Colégio Novo
3000 COIMBRA

Porto, 6 de Novembro de 1996

Tendo tomado conhecimento do estudo e adaptação da Escala B.S.I. (Derogatis, 1993) que realizou, e por estar a elaborar tese de Mestrado sobre a temática “A maternidade na adolescência”, no âmbito do Mestrado de Psicologia do Desenvolvimento - Intervenção Precoce - na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, venho por este meio solicitar, por sugestão do Prof. Dr. Paulo Machado, a gentileza de me facultar esta Escala e os respectivos estudos realizados.

Agradecendo, desde já, a sua melhor atenção ao solicitado, pedia que os elementos acima referidos fossem enviados para o endereço atrás mencionado.

Com os meus melhores cumprimentos,

CÓPIA